

UNIVERSITÉ DE PARIS-VII
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER - BICHAT

Année 1972

N°

93

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Alain AMATO

Né le 29 Juin 1939 à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

LE SUICIDANT EN INSTITUTION

Président de Thèse : Monsieur Jean CAMBIER (Professeur)

UNIVERSITÉ DE PARIS-VII
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER - BICHAT

Année 1972

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Alain AMATO

Né le 29 Juin 1939 à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

LE SUICIDANT EN INSTITUTION

Président de Thèse : Monsieur Jean CAMBIER (Professeur)



A Monsieur le Professeur CARRIER.

Il nous a fait l'honneur d'être

A MONIQUE. Président de notre thèse.

A Mes Parents.

A notre Maître le Docteur Georges BOURGON.

Instigateur de ce travail dont
il nous proposa le thème, et, en
son Service, nous permit de le faire
en toute liberté.

Sa disponibilité éclairante et
affectionnée fut un réel soutien.

A son Ecole en psychiatrie,
où il trouve ici et en cette étude,
l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CAMBIER.

Il nous a fait l'honneur d'être
Président de notre thèse.

A notre Maître le Docteur Georges DAUMEZON.

Instigateur de ce travail dont
il nous proposa le thème, et, en
son Service, nous permit de le faire
en toute liberté.

Sa disponibilité éclairante et
affectueuse fut un réel soutien.

A son Ecole en psychiatrie,
qu'il trouve ici et en cette étude,
l'expression de notre reconnaissance.

Aux Docteurs Edmond et Marcelle SANQUER,

Amis vigilants et affectueux,
pour leur part prise à plus d'un
titre, à ce travail.

Aux Docteurs Eliot et Renée HABIB,

Aînés précieux au long de nos
études médicales.

A nos maîtres d'internat à qui nous disons ici notre
reconnaissance.

Monsieur le Médecin Lieutenant Colonel LANDRY.

Monsieur le Docteur SEVESTRE.

Monsieur le Docteur SCHWEICH.

Monsieur le Docteur LAFON.

Monsieur le Docteur DAUMEZON.

A ceux des infirmiers et infirmières, dont l'aide, en ce
travail comme ailleurs nous fut indispensable.

- P L A N -

- INTRODUCTION -

- PREMIERE PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER.-

- RAPPEL HISTORIQUE des THEORIES et des
DEFINITIONS du SUICIDE.

- CHAPITRE II.-

- L'INSTITUTION -

- Le Pavillon M.. dans l'hôpital Henri -
Rousselle - Hôpital SAINTE-ANNE.

- CHAPITRE III.-

- MATERIEL - METHODOLOGIE - PRESENTATION -

- DEUXIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER.-

- L'OBSERVATION -

- Tableau récapitulatif des hospitalisations.
- Discours médical et infirmier.

- CHAPITRE II.-

- ENREGISTREMENTS au MAGNETOPHONE.

- TROISIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

- ANALYSE du DISCOURS MEDICAL -
(Tableau diagnostics).

- CHAPITRE II. -

- ANALYSE du DISCOURS INFIRMIER -

- QUATRIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

- LA SIXIEME HOSPITALISATION EST-ELLE une
MISE en DISCOURS ?

- CHAPITRE II. -

- D'UNE QUESTION A SON ECOUTE -

- CHAPITRE III.-

- LA MORT DANS L'INSTITUTION.

- CONCLUSIONS -

- BIBLIOGRAPHIE -

" Tous ceux qu'elle aimait étaient là. Il fallait absolument que sa mort eût l'air d'un adieu solennel, que chacun reçût sa pression de main, son sourire. Et il est vrai qu'elle leur pressait la main, qu'elle leur souriait, qu'elle les aimait.

Elle respirait doucement. Elle avait le visage tourné vers eux, comme si elle eût voulu les voir jusqu'au dernier moment. Tout ce qu'il fallait faire, elle le faisait. Comme chaque mourant, elle s'en allait en observant les rites, en pardonnant à ses ennemis, en aimant ses amis, sans avouer secret que personne ne livre que tout cela était déjà insignifiant...."

Maurice BLANCHOT.

(Thomas l'obscur)

- INTRODUCTION -

Les résultats et les réflexions de DURKHEIM (9) sur l'étude des liens entre le suicide et " l'état des sociétés ", rejoignent au moyen d'un abord très différent, les préoccupations d'une certaine catégorie de psychiatres, qui perçoivent dans le suicide " d'un malade mental ", le symptôme de l'institution ou du groupe auquel il appartient.

Nous allons citer, d'une façon succincte, les réflexions de Durkheim, ayant trait à notre propos (1) :

1°)- " Il n'est pas de mécompte dans la vie, si insignifiant soit-il, dont on puisse dire par avance, qu'il ne saurait en aucun cas, rendre l'existence intolérable ".

2°)- " Les mouvements que le patient accomplit et qui, au premier abord, paraissent n'exorimer que son tempérament personnel, sont en réalité, la suite et le prolongement d'un état social qu'il manifeste extérieurement ".

3°)-"Quant aux événements privés, qui passent généralement pour être les causes prochaines du suicide, ils n'ont d'autre action que celle que leur prêtent les dispositions morales de la victime, écho de l'état moral de la société ".

(1) - Nous regrettons beaucoup de parler en quelques lignes des résultats d'un travail précis portant sur de nombreuses années, mais l'étude des travaux de Durkheim n'est pas notre objet.

4°)- " Les individus qui composent une société changent d'une année à l'autre et cependant, le nombre des suicidés est le même, tant que la société, elle-même ne change pas ".

5°)- " L'état d'esprit qui détermine les hommes à se tuer n'est pas transmis purement et simplement mais, ce qui est beaucoup plus remarquable, il est transmis à un égal nombre de sujets placés tous dans les conditions nécessaires, pour qu'ils passent à l'acte ".

6°)- " La population d'aujourd'hui n'a pas appris de celle d'hier, quel est le montant de l'impôt qu'elle doit payer au suicide et pourtant, c'est exactement le même qu'elle acquittera, si les circonstances ne changent pas ".

Ces réflexions, à propos des sociétés, ne peuvent nous empêcher de faire une transposition au niveau de nos institutions psychiatriques et soulèvent, de ce fait, beaucoup de questions sur le sens des suicides dans les services de psychiatrie :

- Qu'est-ce qui fait que, dans un même service, la proportion des suicides se modifie à un moment ? Pourquoi n'est-elle pas la même d'un service à l'autre ?

- Qu'est-ce qui a changé dans les rapports entre l'institution et le sujet suicidaire, quand celui-ci s'arrête de passer à l'acte ?

- Cesse t-il d'être " l'écho moral " de l'institution ? ou l'institution a-t-elle modifié sa " morale " ?

- " L'impôt " que l'institution " doit payer au suicide " a-t-il diminué ?

L'approche que nous avons choisie, à propos de ce questionnement, se fonde dans la trajectoire de l'observation clinique

d'une jeune suicidante de 19 ans.

Pendant quatre ans, ses gestes suicidaires répétés, se sont déroulés dans son milieu familial et à l'hôpital H.R..

Durant ces quatre années, l'institution est apparue comme un lieu privilégié où se jouait la destinée de la malade.

C'est à dégager les points d'articulation de jeu de la mort et de l'action thérapeutique, que ce qui va suivre se propose.

o

o o

- PREMIERE PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

- RAPPEL HISTORIQUE des THEORIES et des DEFINITIONS -
- du SUICIDE -

Quotidien et énigmatique, le suicide est un acte déconcertant. Les situations où il s'inscrit sont infinies ; les doctrines qui en parlent à des fins de définition et de recherche de ses causes, sont nombreuses. Nous les évoquerons d'abord.

Le mot : suicide, distinct, n'existe pas dans les lexiques grecs et latins.

C'est au XVIIIème siècle qu'il fait son apparition dans la langue française, supputé l'invention de l'Abbé Desfontaines, ce serait selon Gorceix et Zimbacca (17) à l'Abbé Prevost qu'en reviendrait la primeur en 1734.

La définition en est littéralement l'étymologie : - meurtre de soi-même - et désigne l'acte comme l'auteur.

Puis le mot chemine des écrits gazetiers à ceux du dictionnaire et prend place dans celui de l'Accadémie Française en 1762.

Si le mot est d'apparition tardive, ce qu'il individualise se conjoint à l'histoire de l'homme. Le suicide jalonne l'histoire des peuples, leurs institutions, leur vie politique, leurs légendes, leurs religions.

Le suicide est dans l'histoire, mais comme le fait remarquer Deshaies (6), il faut attendre le début du XIXème siècle pour qu'apparaisse une histoire du suicide.

La thèse classique de la première doctrine psychiatrique sur le suicide, s'inscrit dans le désir d'une psychiatrie nosographique, descriptive et organiciste.

Esquirol (10), Pinel, Falret (12) en sont les tenants.

ESQUIROL écrit en 1821 : " Je crois avoir démontré, que l'homme n'attende à ses jours, que lorsqu'il est dans le délire et, que les suicides sont aliénés ".

A la fin du siècle dernier, la doctrine sociologique classique se pose en opposition aux premières doctrines psychiatriques.

DURKHEIM (9) écrit en 1897 : " On appelle suicide, toute mort qui résulte médiatement ou immédiatement, d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime; elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat ".

Il distingue l'accident, mais inclut le sacrifice, puisque comme dans le suicide, le sacrifié connaît les conséquences de son acte.

Son important travail, dont nous avons cité quelques réflexions dans notre introduction, se fonde sur de nombreuses données statistiques et met en évidence la solidarité du phénomène suicide et des faits sociaux.

Les conditions qui provoquent le taux social des suicides sont liées à deux caractères fondamentaux de la vie collective:

- l'intégration des membres de la société en un tout, d'une part ;
- l'action régulatrice que la société exerce sur les sentiments et la conduite de ses membres, d'autre part.

" L'individu est, en effet, dominé par une réalité morale qui le dépasse, c'est la réalité collective ".

Le suicide varie donc en raison inversé du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu.

DURKHEIM distingue trois groupes de suicide :

1°)- " Le suicide égoïste "

L'intégration au niveau du groupe est défectueuse. Elle dégage l'individu de la vie sociale et le pousse à mettre sa propre personnalité au-dessus de la personnalité collective. L'individu se distancie du groupe et, par là, se détend le lien qui le rattache à la vie.

Ainsi, l'Eglise Catholique où " la vie collective est d'une suffisante intensité " fournirait-elle moins de suicides que l'Eglise protestante.

Ainsi la famille, les regroupements lors de crises politiques graves, suscitent l'intégration et abaissent le taux des suicides.

2°)- " Le suicide Altruiste "

A l'opposé, apparaît comme un devoir dans les sociétés primitives, où l'intégration est poussée à l'extrême et, où l'individu se sacrifie à des fins sociales.

" Dans les sociétés modernes, l'armée est le groupe social qui rappelle le mieux la structure des sociétés inférieures. C'est pourquoi le soldat se tue plus que le civil ".

3°)- " Le suicide anémique "

S'observe surtout dans les milieux industriels et commerciaux -- lorsque des transformations trop brutales viennent contrarier l'action régulatrice de la société sur les sentiments et les désirs de l'individu.

Certains déclassés ou surclassés ne se trouvent plus où la

société les avait placés.

Il se crée un état d'anomie qui engendre un esprit de rébellion contre la discipline collective ; et ce troisième type de suicide.

Ainsi, tout suicide, en dépit de ses modalités individuelles prend " la marque collective ".

" C'est la constitution morale de la société qui fixe à chaque instant le contingent de morts volontaires. Il existe donc, pour chaque peuple, une force collective d'une énergie déterminée, qui pousse les hommes à se tuer ".

Une société parfaitement équilibrée verrait le taux de ses suicides diminuer, mais elle risquerait l'immobilisme et la stagnation. Le suicide, contre partie de l'évolution d'une société " est un fait social normal et inévitable ".

Mais une élévation anormale de ce taux, implique la recherche de perturbations et, pose le problème des mesures à prendre.

HALBWACK (20) en 1930, s'appuyant sur de nouvelles statistiques, complète et nuance les travaux de Durkheim.

Reprenant la définition du suicide, il lui soustrait la notion du sacrifice : " Le suicide est tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même, avec intention ou envie de se tuer et, qui n'est pas un sacrifice ".

Devant l'augmentation du taux des suicides, il conclut que : " le genre de vie " est un facteur essentiel de son déterminisme.

Le genre de vie peut se ramener au nombre d'occasions qu'il fournit aux individus d'entrer en rapport entre-eux. Ces rapports, quelle que soit leur nature, sont tous capables de provoquer des

suicides et, à une augmentation du nombre des occasions de contacts sociaux, correspond une augmentation du nombre des occasions de suicide. Tout suicide se produit dans des circonstances concrètes qui le motivent aux yeux de l'intéressé. Si l'on multiplie les contacts d'un individu avec son entourage, on multiplie en même temps ses chances de se rencontrer dans des situations susceptibles de provoquer dans sa conscience, des motifs individuels de se donner la mort.

Mais ces motifs individuels, en apparence, " ne sont qu'un aspect et qu'un effet de la structure et du genre de vie du groupe ".

Enfin, " il importe peu au sociologue de savoir que le suicide est, ou n'est pas d'origine pathologique, puisqu'en définitive, il est toujours d'origine sociale ".

Achille DELMAS (8) en 1932 reprend la thèse d'Esquirol; thèse psychiatrique qu'il soutient en opposition à la thèse sociologique. Sa critique se donne libre cours contre les statistiques et à propos de la notion même de suicide.

Pour DELMAS, il convient de distinguer les "pseudo-suicides" des "véritables suicides". Il compte comme faux suicides, les morts accidentelles où l'homme se donne la mort par erreur ; les réactions suicidaires des états confuso-déméntiels ; les suicides par contrainte : le sacrifice imposé aux esclaves, l'holocauste requis par la divinité ; de même, l'acte de se donner la mort pour échapper à la douleur et aux tortures ; enfin, le suicide éthique...

Ne reste comme "vrai suicide" que celui qui est l'acte de désirer la mort pour la mort et, Delmas aboutit à cette définition : " Le suicide est l'acte par lequel se donne la

mort, tout homme qui, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir, en dehors de toute obligation éthique".

Or, ce suicide là est pour Delmas, toujours pathologique. Il est le lot de mélancoliques, de malades atteints de dépression constitutionnelle, psychopathes cyclothymiques ou hyperémotifs.

Ailleurs, lorsque aucune étiquette ne convient, le terme de "monomanie suicidaire" vient confirmer l'origine mentale du suicide.

Quant aux suicides héroïques, philosophiques, ils n'ont que la valeur de gestes légendaires comme le Harakiri au Japon.

Charles BLONDEL (3), en 1933 a cherché à concilier les thèses sociologiques et psychiatriques.

La thèse sociologique considère la composante sociale incluse dans les motivations du suicide.

La thèse psychiatrique met l'accent sur les mobiles instinctivo-affectifs qui conduisent l'individu à cette situation sociale. "Pas plus le sociologue n'a le droit d'exclure les facteurs pathologiques, dont l'importance est primordiale pour un grand nombre de suicides ; pas plus la thèse psychiatrique ne peut ignorer les facteurs sociaux qui peuvent aussi le déterminer".

Les thèses contemporaines, DESHAIES (6), EY (10), HAIM (19) reprennent de nouvelles données statistiques, portent leurs recherches sur la compréhension de la situation et de la conduite-suicide dans une perspective dynamique, qui incluent les facteurs psycho-sociaux au processus du suicide.

Pour Gabriel DESHAIES - (1947), le suicide est un acte de structure essentiellement psychologique.

La composante sociale, personne ne la nie, mais elle n'équivaut pas à un facteur étiologique nécessaire.

Le suicide est un comportement socialisé, comme toute conduite humaine, mais la société est un moule, non une matrice.

Il n'y a pas de déterminisme unique du suicide et il conclut : " en face du suicidant, le médecin ne doit pas être sûr à l'avance qu'il s'agit d'un psychopathe ".

Henri EY - (1950), étudiant le suicide pathologique déclare : " qu'il est aussi faux de prétendre que tous les suicides sont sociogéniques, que de dire que tous les suicides sont pathologiques ". " Qu'il soit normal ou pathologique, le suicide répond à un besoin spécifique de l'homme, celui qui le pousse à se détruire; à résister à son instinct de conservation et à lui opposer une forme égale et, parfois supérieure, à consentir non plus à la vie, mais à la mort ".

Henri EY ajoute : " La dialectique de l'instinct de vie et de l'instinct de mort, constitue la racine de tous les suicides ". " Mais une autre ambiguïté est encore enveloppée dans l'idée de suicide, c'est celle de la profonde liaison qui unit le désir de sa propre mort au désir de la mort d'autrui ".

C'est de la dualité de l'instinct de vie et de l'instinct de mort que FREUD (13) articule les principes de fonctionnement de l'appareil psychique.

Au-delà des mécanismes conscients du suicide, les motivations profondes, inconscientes de l'instance suicide, procèdent des rapports des pulsions auto et hétéro agressives.

C'est à les mettre en lumière, que les études psychanalytiques s'attachent pour autant, comme l'indique STEKEL, que " personne ne se suicide, qui n'ait désiré la mort de quelqu'un ".

" L'appareil pulsionnel et tous les ressorts de l'angoisse connus depuis FREUD, permettent d'admettre que les injonctions, sinon les décrets de la "justice" inconsciente du "sur-moi" ne sont autre chose que les instances de mort, selon la Loi du Talion : la mort est toujours requise pour la mort désirée " R. EY.

Ce bref et incomplet balayage historique de la Littérature suicidologique, nous amène à quelques réflexions.

Suicide est successivement ou conjointement, fait historique, fait numérique, statistique, fait psychiatrique, symptôme de la folie, fait psychologique, fait sociologique, voire philosophique et moral.

Les travaux récents dans une recherche de compréhension, intègrent ces différents aspects, de manière à saisir le phénomène dans sa globalité d'acte et aussi, de situation suicidaire.

Certains points méritent d'être soulignés ici :

- Les statistiques actuelles montrent un accroissement inquiétant du nombre des suicides et, constatent que ce nombre est très en dessous de la réalité inchiffrable.

- Le suicide, pour autant qu'il est un symptôme psychiatrique, se voit aussi dans des proportions non négligeables, chez des sujets parfaitement " normaux ".

- L'importance des tentatives, cinq à six fois supérieures au nombre des décès, donne accès à des perspectives de

prise en charge curative ou prophylactique.

Mais, qu'est-ce que le suicide ? Meurtre de soi-même, dit-on.

Le terme désigne l'acte et l'auteur indistinctement.

Cette indistinction est significative, comme d'une exclusion du sujet dans son acte, (du sujet dans sa mort).

Le meurtre " c'est " l'action de tuer volontairement un être humain " - ROBERT (25).

Si le meurtre est une notion claire, l'acte auquel il réfère n'est pas simple, ni étymologiquement, ni dans son sens ; on a d'abord tué la chandelle, avant de tuer l'homme et, de nos jours, il n'est pas rare qu'on tue le temps.

Tuer, qu'est-ce à dire ? Le suicide serait-il le tu (e) rapporté à soi-même, ou le " tu es ", qui désigne l'autre, que l'on ne peut atteindre.

Quoiqu'il en soit, c'est toujours à un niveau d'attribution métaphorique que la notion de mort s'introduit dans les termes qui sont sensés la produire.

Tuer : ce serait donner la mort; et se tuer : se la donner.

Peut-on se donner la mort ?

Peut-on prétendre que ce qui se dit ainsi, soit équivalent du réel ?

A cette question, nous voyons encore de quelle esquive nous nous jouons de la Mort. On devrait dire : se donner à la Mort, pour autant qu'on ne peut s'attribuer un état conceptuel de méconnaissance radicale, immobile, figée, inorganisée ou désorganisée, qui nous dépasse, mais cette façon de dire est peu couramment entendue.

Lorsque l'on dit : se suicider, c'est se donner volontairement la mort, ce n'est pas de la Mort dont il est question, mais de sa mort.

Cette ambiguïté n'est pas sans effet, elle mesure la distance entre sa mort, c'est-à-dire, la représentation, l'idée du terme de l'existence individuelle, à la Mort, Mort Réelle, dont il sera toujours temps de dire qu'on ne sait pas.

La Mort ne peut être que celle de l'autre ; quant à moi, la Mort c'est sa mort, sinon ça n'existe pas.

Il semble clair, au travers de ce qui précède, que le suicide, est un acte de vie et qui, comme tel, doit s'inscrire dans un discours.

Quant au verbe pronominal réfléchi, se suicider, LITTRE (22), comme ROBERT (25), font remarquer qu'il est fort mal construit - pléonasme, disent-ils même.

LITTRE écrit : " Il est mal fait puisqu'il contient deux fois le pronom "se". Il est difficile de former avec cela, régulièrement un verbe réfléchi. Suicide équivaut à "Soi-meurtre" ; se suicider équivaut à "se soi-meurtir". Cela met en évidence le "vice de formation".

Le verbe est deux fois réfléchi, ou plutôt l'action s'exerce sur un sujet redoublé.

Cette double réflexion n'est peut-être pas indifférente au sens même du suicide, ni à ce qui " est visé ".
Je me suicide : indicatif présent, première personne du singulier, a comme traduction étymologique littérale : je me me tue, ou plus correctement : je me tue moi.

Remarquons que le verbe - se suicider - ne peut être à proprement parler, conjugué à la première personne de l'indicatif présent. Il désigne alors l'intention de l'auteur, non l'acte accompli -(qui excluerait que l'auteur puisse encore se prononcer).

Son emploi est surtout du temps passé, alors que c'est au présent qu'il nous importe.

Suicidé, participe passé, à nos yeux, à moins d'intérêt. Il est ce que du passé, les autres désignent, dénombrent :
- c'est l'acte réussi.

Pourtant, il a fallu près d'un siècle pour que l'accent aigü du participe passé prenne sens.

Le suicide, à l'origine, désigne l'indistinction Acte - Auteur. Substantif, le suicidé apporte bien son nouvel accent. Il vise la personne, distincte de son acte. Mais c'est le mort ; c'est aussi ce qu'on en fait à des titres divers et posthumes.

Pour celui qui s'est raté, par contre, son acte n'est qu'une tentative et, le résultat aux exigences du verbe, a longtemps été considéré comme à exclure du champ de l'étude.

D'est avec le travail de DESHAIES que la tentative de suicide trouve une place dans les études sur le suicide, où elle est considérée comme un fait de même nature.

DESHAIES admet le substantif, - suicidant - pour distinguer le candidat au suicide, avant, pendant et aussi après sa tentative.

La construction du terme désigne bien son sens. Il est le participe présent actif du verbe. Il cerne le sujet dans la globalité de sa conduite, dans sa dynamique singulière, dans la "participation présente", pourrait-on dire littéralement, de son désir suicidaire.

Comme le fait remarquer justement GORCEIX et ZIMBACCA l'adjectif - suicidaire - dans cette perspective de compréhension du suicide : " permet d'introduire la notion capitale de

représentation, sans passage à l'acte, ou d'inclination :
"idées suicidaires, tendances suicidaires ".

o

o o

Quoique très partielles, ces notes historiques et sémantiques permettent de cerner le sujet de notre étude : une adolescente suicidaire et suicidante, hospitalisée neuf fois à l'Hôpital H.R.. en milieu ouvert, pour des tentatives de suicide graves, essentiellement médicamenteuses, ayant entraîné plusieurs comas.

C'est dans le service même, que la malade accomplissait cinq de ses neuf tentatives et, c'est sans doute, à la pharmacie paternelle qu'elle s'approvisionnait en toxiques.

Les portes du service sont restées ouvertes, la malade a échoué à ses suicides. La question d'un internement en service fermé, souvent posée, est restée en suspens.

De quoi est fait et comment fonctionne l'institution dont il est question ?

o

o o

- CHAPITRE II -

- L'INSTITUTION -

- Le Pavillon M... dans l'Hôpital Henri-Rousselle - Hôpital SAINTE - ANNE

SAINTE-ANNE : L'édition du nouveau Larousse illustré des années 1900, nous le situe ainsi : "Asile d'aliénés, situé à Paris, Rue Cabanis (14ème arrondissement) ; fondé au XVIIème siècle pour recevoir des pestueux ; il doit son nom à Anne d'Autriche. Il continua pendant tout l'ancien régime à être affecté aux maladies contagieuses.

A la Révolution on en fit une annexe de Bicêtre et il reçut alors des fous inoffensifs, qu'on employait à y cultiver la terre.

En 1864, on décida, en rapport avec l'application de la Loi de 1838, sa transformation complète et, en 1867, on inaugura les bâtiments actuels, construits par l'architecte Questel.

L'asile Sainte-Anne ou "Clinique des Aliénés" appartient au département de la Seine. C'est le modèle des établissements de ce genre en France. " Il reçoit 600 aliénés, hommes et femmes et, ses deux annexes : VILLE-EVRARD et VAUCLUSE, peuvent en hospitaliser 1.200 "

HENRI ROUSSELLE, fondé en 1927, hôpital psychiatrique ouvert, est implanté dans l'enceinte de l'Hôpital SAINTE-ANNE, dont il constitue la partie Nord-Est.

Il doit son nom à Henri Rousselle, Conseiller général, qui entreprit de créer des services libres en Psychiatrie.

L'hôpital n'est pas le premier en date qui échappe aux réglementations de la Loi du 30 juin 1838, mais c'est le premier dans le département de la Seine.

En 1927, La Charte d'Henri Rousselle est instituée par arrêté du Préfet de la Seine.

Certains de ses articles nous ont semblé avoir leur intérêt ; nous les reproduisons dans leur entier :

Article premier.- Il est créé dans le département de la Seine, un service d'Assistance et de prophylaxie mentale. Il constitue le seul organisme départemental qualifié pour exercer, dans les conditions fixées par la loi du 15 avril 1916, l'intervention publique dans l'agglomération parisienne en matière de prophylaxie des maladies mentales.

Ce service a notamment pour mission :

- 1°)- le traitement du dispensaire de malades atteints de troubles psychopathiques, ne nécessitant pas l'hospitalisation ;
- 2°)- l'hospitalisation des malades dont l'état nécessite un examen ou des soins dans un service hospitalier ;
- 3°)- la surveillance médicale des malades à leur sortie des divers services psychiatriques ouverts ou fermés ;
- 4°)- la prophylaxie par tous les moyens mis à la disposition du service, des troubles mentaux et de leurs conséquences sociales : suicides, actes anti-sociaux, toxicomanies, misères conditionnées par les troubles psychopathiques ;
- 5°)- de collaborer aux oeuvres d'orientation professionnelle à partir de l'école et de la sélection des agents chargés d'un service de sécurité du département de la Seine ;
- 6°)- la formation des infirmières et des assistantes sociales spécialisées pour la prophylaxie mentale. Une école sera ultérieurement créée à cet effet ;
- 7°)- de faire des conférences pratiques de prophylaxie mentale aux médecins des écoles, des bureaux de bienfaisance, des sociétés industrielles et commerciales ;
- 8°)- la propagande générale pour diffuser des notions d'hygiène mentale dans tous les milieux.

Article 2.- Le service comprend :

- Un hôpital psychiatrique (hôpital départemental (Henri-Rousselle) ;
- Un dispensaire ;
- Un service social ;
- Des laboratoires d'examens et de recherches.

Article 9.- L'hôpital psychiatrique ouvert est destiné à recevoir :

- 1°)- les malades atteints de tout état psychopathique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838;
- 2°)- les malades suspects de troubles pouvant nécessiter l'internement et pour la détermination desquels, il est nécessaire de procéder à des examens médicaux et à des enquêtes complémentaires faites par le service social.

Article 11.- Les internes en médecine doivent assister aux visites, suivant les dispositions prises par le médecin-chef, directeur.

Ils tiennent les cahiers de pharmacie et de régime, ainsi que les registres d'observation des malades.

Ils sont chargés de l'exécution de toutes les prescriptions faites par les médecins.

Ils examinent les malades en l'absence des médecins et en rendent compte à leur chef à la visite.

Ils assurent le service de garde dans l'établissement.

Ils peuvent être assistés suivant les besoins du service, par des externes désignés par le médecin-chef, directeur.

Article 15.- Les malades sont admis dans les services ouverts et en sortent dans les mêmes conditions que dans les services de médecine générale dans les hôpitaux, notamment pour les cas urgents.

Article 18.- Le régime alimentaire des malades sera fixé ultérieurement. Au début de chaque semaine, le régisseur comptable arrête le menu des repas de toute la semaine. Ce menu est approuvé par le médecin-chef, directeur.

Article 20.- Tous les malades admis dans l'établissement sont avisés qu'ils contractent par le seul fait de leur entrée, l'obligation de se conformer aux mesures d'ordre et de discipline nécessaires à l'intérêt général.

Article 23.- Les parents et les amis des malades sont admis à les visiter deux fois par semaine, le jeudi et le dimanche de 13heures à 15heures, sur l'autorisation du médecin chargé du service médical, par le médecin-chef, directeur.

Il n'y aura d'exception pour le jour et l'heure des visites qu'en vertu d'une autorisation spéciale.

Article 24.- Il est interdit aux visiteurs de donner de l'argent aux malades.

Article 25.- Il est interdit de donner aux malades, et même d'introduire dans l'établissement, sans autorisation, des comestibles, des boissons alcoolisées, des médicaments, des objets tranchants ou coupants, des cordes et autres objets dangereux.

Tout agent, quelque soit son grade, qui, sans y avoir été autorisé, aura introduit des objets de cet espèce, sera passible de peines disciplinaires.

Article 28.- Le travail est organisé dans le service de prophylaxie mentale en vue d'occuper des malades dans un but uniquement thérapeutique.

Le régisseur comptable est chargé de la direction du travail dans les ateliers ou dans les jardins ; il tient compte spécial des matières fournies et des produits récoltés ou fabriqués, s'il y a lieu.

Les menus travaux dans les quartiers, seront exécutés sous le contrôle immédiat des surveillants (ménage, raccommodage, repassage etc..)

Le médecin chargé du service médical, désigne par un bon visé du médecin-chef directeur, les malades en état de travailler et le genre de travail auquel ils peuvent se livrer.

o
o o

Aujourd'hui encore, l'hôpital comporte :

- Un service d'urgence, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil - C.P.O.A. ;
- Un service libre d'hospitalisation, compartimenté en 4 pavillons, dont les portes sont ouvertes le jour ;
- Un dispensaire de soins et de consultation ;
- Un service de guidance infantile ;
- Des laboratoires d'examens et de recherches et de soins spécialisés ;
- Des services administratifs, comptables, secrétariats ;
- Des archives.

o
o o

Des quatre pavillons, l'un a été récemment reconstruit sur les ruines de son devancier. Les autres sobres, austères, massifs ont la patine et l'inconfort d'époque.

Le Pavillon M..., un de ces derniers : un rez-de-chaussée, un étage et une sous pente aménagée, en constituent les trois niveaux. La porte s'ouvre sur la cour-parking de Sainte-Anne, centrée par une statue équestre, égayée à la belle saison des traditionnels parterres fleuris. En face, de l'autre côté de la cour, les bâtiments imposants de Sainte-Anne, creusés de la voûte qui donne l'accès aux quartiers psychiatriques fermés.

Sans vouloir entrer dans des détails descriptifs, certains points d'ensemble méritent d'être mentionnés :

- Les locaux du pavillon M... destinés à la vie collective sont au rez-de-chaussée : salon, salle à manger, cuisine ; y est annexée une cour gazonnée et boisée, fermée d'un treillage.

- Les chambres d'hospitalisation proprement dites, sont au premier étage ; elles contiennent un, deux ou trois lits, à l'exception d'un dortoir de six lits, destiné en principe aux malades entrantes, et un autre dortoir, lui de 2 + 3 lits, situé au deuxième étage, destiné en principe, aux malades sur le point de sortir.

Cette disposition, notons-le, rend difficile la surveillance des équipes de 4 ou 6 infirmières le jour ; de deux veilleuses seulement la nuit.

- Le bureau de la surveillante et l'office pour l'entrepôt et la préparation des médicaments et des soins, sont au premier étage. Egalement, un bureau médical affecté, en règle, à son premier occupant : interne, externe, stagiaire, psycho-

logue ou psychothérapeute.

Les autres bureaux médicaux, dont celui de l'assistant, sont au deuxième étage.

Ces bureaux sont insuffisants en nombre et en équipement.

A propos d'équipement, une mention particulière doit être réservée à l'équipement sanitaire ; pour 40 personnes il y a :

- Au rez-de-chaussée : une salle de bains à deux baignoires ; (le règlement impose la présence d'une infirmière aux bains des malades) - et un W.C.

- Au premier étage : un cabinet de toilette collectif, sans eau chaude, où se font toilette et lessive, un W.C.

- Au deuxième étage : un W.C.

Ces équipements sont vétustes, sans cesse en réparation et fonctionnent exceptionnellement simultanément.

- A leur image, le pavillon dans son ensemble. Il menace de s'écrouler. Les plafonds du rez-de-chaussée ont dû être étayés. Les travaux succèdent aux travaux et, c'est à la charpente pourrie, 1er et 2ème étage, que vont actuellement les efforts

Après les locaux, voyons qui s'y loge :

- soignants et malades -

- Le personnel médical

1°)- Le médecin-assistant, affecté au pavillon, vient en deuxième place dans l'ordre hiérarchique, après le médecin-Chef d'Henri-Dousselle. Désigné pour 3 ans, il a la responsabilité du pavillon.

2°)- Les internes, nommés par concours, sont deux ; la durée de leur passage est de 6 mois à un an.

3°)- Les deux externes du pavillon viennent recevoir une formation psychiatrique pendant un stage de 6 mois.

4°)- Il faut ajouter en nombre variable, des étudiants du C.E.S. de psychiatrie, des stagiaires psychologues.

5°)- En outre, deux psychothérapeutes viennent bénévolement depuis trois ans, entreprendre dans le service, des cures de psychothérapie qui se poursuivent ou s'interrompent à la sortie des malades.

C'est là, une tentative de classification dans l'ordre hiérarchique et dans l'ordre des salaires ; les deux dernières catégories étant des travailleurs non rémunérés.

Volontairement, nous avons inclu dans le personnel médical, des psychologues, car nous pensons que dans la réalité institutionnelle, ils appartiennent au même ordre socio-culturel.

Avant de poursuivre, il convient de faire trois remarques :

1.- Nombre de ces personnes et en particulier les psychiatres confirmés ou en formation, et les psychothérapeutes, sont analystes ou font une analyse personnelle. La référence à la psychanalyse, formulée ou non, est inséparable de leurs activités.

2.- Ces activités se jouent pour chacun sur deux registres :

- celui de la fonction
- et
- celui du rôle.

- La fonction est claire, elle procède du registre médico-administratif, et constitue un élément formel de la structure de l'institution, de la législation, sinon de la loi.

- Mais, le rôle est affaire personnelle et intersubjective.

Il bouscule la hiérarchie des valeurs et met en cause la valeur de la hiérarchie. Parfois, il fait surgir l'inquiétude et la résistance des autres, il requiert la parole.

3.- Le nombre relativement élevé des médecins et psychologues, la durée éphémère de leur passage dans le service (6mois à 3 ans) constituent des éléments de mouvance qui contrastent avec la stabilité du personnel infirmier, ce qui ne va pas sans retentissement dans l'institution.

- Le personnel infirmier -

- 3 Equipes :

- celle du matin (6Heures - 14 heures) ;
- celle de l'après-midi (14heures - 22 heures) ;
- celle de veille (22heures - 6heures)

assurent une présence et des soins continus auprès des malades.

- 4 à 8 infirmières pour le matin et l'après-midi ;
- 2 à 3 infirmières seulement pour l'équipe de veille.

La constitution de ces équipes n'est pas "univoque".

A)- Dans l'ordre hiérarchique :

- outre, la surveillante générale des services hospitaliers et du dispensaire ;

- une surveillante par équipe pour le matin et l'après-midi et une surveillante de nuit pour l'ensemble des équipes de veille ;

- viennent les infirmières groupées en affectations stables, dans chacune des équipes ;

- des élèves-infirmières qui adjoignent simultanément : formation pratique et théorique, sur leur lieu de travail. C'est une formation rémunérée.

A part - l'ergothérapeute : un par pavillon, est un infirmier

affecté à cette fonction. Les heures de travail sont ceux des infirmiers du cadre administratif.

B)- Dans l'ordre de formation :

Les infirmiers, surveillants, surveillants généraux ont suivi la même filière d'infirmier psychiatrique.

C)- L'avancement et la répartition aux postes :

Pour l'avancement, il est classique d'y conjoindre deux facteurs :

- l'ancienneté ;
- la note ; note corrigée annuellement par le surveillant général, le médecin-chef et le directeur.

La répartition aux postes s'inscrit dans l'ordre de l'avancement en fonction des places disponibles de tout l'hôpital SAINTE-ANNE, qui englobe outre, Henri-Rousselle, des services de chirurgie et des services psychiatriques relevant de la loi de 1838.

Poussé par l'avancement, le choix d'une infirmière n'est pas simple :

- changement d'équipe ; changement d'horaire ;
- changement de service ; changement d'activité, peuvent remettre en cause jusqu'à ses compétences.

D)- La fonction de l'infirmière :

Il nous est impossible de ne pas se résoudre qu'à une énumération dont chaque titre mériterait une étude particulière : de la propreté à l'action psychothérapique.

- l'hygiène : ménage, lit, entretien, linge ;
- l'alimentation : préparation des repas, service de table, vaisselle ;
- soins : préparation, distribution des médicaments ;

.. surveillance ;

- accueil des malades, entretiens avec eux, distractions.

Mais aussi : - discussion entre collègues, avec les médecins, réunions du personnel soignant ; réunions avec les malades ; réunions à l'échelon du service ;

- RAPPORTS : rédaction du cahier de rapport journalier, mise en commun des informations d'une équipe à l'autre ;

- tâches administratives, enfin.

On voit qu'il s'agit pour les infirmières, d'organiser la vie quotidienne et de remplir une fonction thérapeutique. Dire que ce n'est pas facile, c'est une évidence.

De la coiffure aux coiffures "dans le vent" ; du cours théorique à la corvée quotidienne ; de l'électrochoc et du gavage par sonde à l'analyse de la demande ; de la porte fermée avec la clef du trousseau à la porte ouverte ; du médecin qui parle à celui qui écoute ; un ensemble dynamique et ambivalent, mais quotidien et angoissant, où l'infirmier a à produire son discours dans l'ordre administratif hiérarchique et technique de sa fonction, de son rôle et de son statut.

- L'Assistante Sociale -

Elle est un des points carrefour de l'institution. Elle s'inscrit au niveau de la rencontre des difficultés socio-professionnelles, familiales, juridiques des malades ; de leurs désirs confrontés à leur vécu.

L'institution lui demande des réalisations pratiques. Les malades y viennent solliciter un appui ; sa réponse renvoie souvent à la frustration de la réalité.

- Le personnel soigné -

Nous avons dit que le pavillon pouvait recevoir 40 malades

femmes, en hospitalisation libre, dans des conditions prévues par le règlement, c'est-à-dire, qu'elles peuvent à tout moment demander leur sortie même contre-avis médical.

Il est devenu exceptionnel depuis trois ans que l'on soit amené dans le service, à demander pour une malade hospitalisée, un internement selon la loi de Juin 1858 (moins de dix malades pour mille hospitalisations environ).

Le service est ouvert dans la journée, les portes ne sont fermées que la nuit.

Les malades peuvent sortir dans le jardin, mais doivent demander une permission pour quitter l'hôpital. Cette permission est accordée ou refusée par le médecin traitant ; elle n'excède pas 48 heures.

De fait, il est très facile de sortir à l'extérieur sans permission.

Cette notion d'extérieur se pose singulièrement, du fait de la situation géographique de l'hôpital.

Une malade assise sur le perron du pavillon, est-elle déjà à l'extérieur ? tant la cour de Sainte-Anne s'ouvre largement sur les rues de Paris.

Dans un hôpital de province, au milieu des champs, la notion d'extérieur s'évaluerait plutôt en kilomètres.

Des régimes particuliers d'hospitalisation peuvent être mis en oeuvre : hospitalisation de jour, mais surtout : hospitalisation de nuit pour les malades continuant leurs activités professionnelles.

- Le choix médical des malades -

L'hôpital est, en principe, prévu pour recevoir des malades du département de la Seine, psychopathes ou ayant besoin dans un premier temps, d'investigations spécialisées.

Depuis 1927, ces conditions se sont élargies et assouplies.

Henri Rousselle n'est plus le seul service psychiatrique libre de la Seine, mais il reste un des rares à ne pas être sectorisé.

Les malades hospitalisés le sont après consultation, soit au dispensaire, soit au C.P.O.A. en fonction des places disponibles.

Les critères d'hospitalisation sont affaires de médecin ; rentrent en compte l'aspect aigu de la maladie, qu'il s'agisse de névrose, de psychose ou de psychopathie; la durée de l'hospitalisation à prévoir ; la nécessité d'investigations particulières, pour lesquelles, nombreux hôpitaux psychiatriques se trouvent démunis.

Mais aussi et surtout l'écoute ou la non écoute du discours du patient.

- Qu'est-ce pour nous, une Institution psychiatriques ? -

Reprenant un texte condensé de G. DAUMEZON (4) de 1947 : " Le service est un microcosme ; pour que ce microcosme soit thérapeutique, il doit donner à chaque malade la possibilité d'abord, d'investir ses conflits. C'est dire, que dans la variété de ses aspects, il doit fournir aux niveaux les plus bas, comme les plus élevés de l'évolution, dans les formes sociales les plus simples comme les plus complexes, des occasions pregnantes d'identification et de transfert ".

Et encore :

: " Mais le malade ayant une fois investi ses conflits dans le microcosme, la vie de celui-ci doit être ouverte de telle sorte que ses conflits soient résolus. L'évolution de chaque situation, comme la vie même de l'établissement, doit se faire dans le sens de cette résolution ".

:" Assumer cette contradiction est donc finalement une des tâches du psychiatre, peut-être même sa tâche originale. L'assumer en la surmontant, c'est-à-dire, en la vivant à l'hôpital, en la vie de l'hôpital, en la faisant vivre à ses collaborateurs et ses malades ".

C'est pour cela que pour nous, l'institution est une "culture d'actes". Jean OURY (22) qui, reprenant la classification de Jacques LACAN, situe bien le point où nous nous repérons :

- le passage à l'acte se passe hors de la scène ;
- l'acting out, au niveau de la scène.

Une institution qui fonctionne est abondante en "acting out" et pauvre en passage à l'acte.

Telle est notre hypothèse de départ. Il s'agit maintenant de l'articuler sur une méthodologie du discours.

o

o o

- CHAPITRE IV -

- MATERIEL - METHODOLOGIE - PRESENTATION -

I.- MATERIEL -

Nous avons disposé pour notre travail, du dossier médical, des cahiers de rapport des infirmières, ainsi que du livre de rapport du pavillon et du précieux concours des infirmières et surveillantes qui ont bien voulu accepter un entretien qui soit enregistré au magnétophone.

1°)- Le dossier Médical -

Déjà dans les chapitres précédents, nous avons évoqué l'intérêt particulier de cette "observation", de ce " cas ".

Intérêt qui fût partagé par toute une équipe, vivant plusieurs mois dans la crainte d'un nouvel acte suicidaire.

Ce dossier médical comporte un certain nombre de rubriques :

- des fiches de liaisons où, pour chaque hospitalisation est noté : la date d'entrée, le nom du médecin qui a examiné la malade, un bilan diagnostique succinct, la situation sociale et familiale ; et enfin, les raisons de l'hospitalisation. Pour la sortie, les mentions suivantes : date, bilan diagnostique, évolution, traitement, pronostic, perspectives.

- l'observation médicale proprement dite, à la discrétion du ou des médecins qui prennent en charge, ou sont amenés à examiner la malade pendant l'hospitalisation.

- l'observation des infirmières : la feuille de surveillance, où sont colligés et datés des renseignements d'ordres médicaux, le comportement de la malade, ses réactions d'adapta-

tion dans le service etc..

- des comptes-rendus d'examens complémentaires ;
- une feuille de température et de traitement ;
- un dossier correspondance ;
- un dossier social ;

- enfin, la couverture cartonnée du dossier, outre l'état civil de la malade, présente des cases destinées aux hospitalisations successives et qui mentionnent à nouveau : le diagnostic, la référence statistique, le nom de celui ou de l'organisme qui assure la post-cure ; enfin, le lieu où se rend la malade.

2°)- Les cahiers de rapport -

Le rapport est un élément important de l'institution.

Le collectif infirmier y rend compte des évènements marquants du jour à propos des malades ; mais aussi tout ce qui peut concerner le pavillon.

Il y a deux cahiers de rapport :

- l'un officiel : le livre de rapport contient les informations résumées du second ;

- l'autre : " le rapport entre équipe " est un simple cahier, où chaque équipe, à tour de rôle, collige ses réflexions.

- Le premier, avons nous dit est officiel. Il répond à la tradition de tous les services hospitaliers ; répond au rôle de surveillance des infirmières et, est en règle, rédigé par une surveillante.

Les mouvements des personnes y prennent la première place : entrée - sortie - permission des malades ; effectif du service ; présence des infirmières et aussi des médecins.

Il est lu chaque matin hors du pavillon, à une réunion des surveillantes, sous l'autorité de la surveillante générale et du

médecin-chef. Cette réunion "au sommet" secrète l'autorité - aux tables de la loi, de ses représentants et de ses représentations : le livre de rapport.

-- Le second, le cahier de rapport entre équipe n'a pas cette trajectoire officielle. Il est à usage interne, pourrait-on dire et représente l'écrit des relations des équipes entre-elles, et de chacune d'elles avec les différents médecins du pavillon qui, chaque matin, viennent aux renseignements de ce qui s'est passé dans le service depuis la veille.

Chacun peut y écrire, à l'exception, et c'est peut-être regrettable, des malades elles-mêmes.

3°)- Les enregistrements au magnétophone -

Ils ont été réalisés peu de temps après la dernière tentative de suicide de la malade, qui date du 1er Février 1970.

Les entretiens que nous avons menés ont évité les questions précises, inductrices, sauf à relever certains points de discours.

o

o o

II.- METHODOLOGIE -

La discussion que nous proposons, s'inscrira sur l'analyse des différents discours médical et infirmier, afin d'en cerner le cheminement.

Nous y utiliserons des méthodes de décodage linguistique, en particulier, la fréquence des termes employés.

Pour autant qu'ils représentent un sens, ils font apparaître les points d'évolution de l'institution, en regard du suicidant.

Nous essaierons de dégager dans cette conjonction, la place laissée à la malade par l'institution, d'où elle a pu, au gré des ses aléas suicidaires, produire son propre discours.

En quoi l'institution le lui a-t-elle permis ? et au travers de quelles difficultés ?

Où se situe le manque à être de la malade ?

De quoi et comment fût la réponse de l'institution ?

S'agissait-il de passages à l'acte ou d'acting-out ?

C'est au niveau d'une méthodologie linguistique, en particulier celle des formalistes russes où l'utilisation des thèmes dynamiques et statiques de l'écoute d'un récit, que nous nous sommes conformés.

Un thème dynamique est un thème qui fait progresser le récit ; un thème statique est un thème descriptif qui fige le récit.

o
o o

III.- PRESENTATION -

1°)- Un premier tableau récapitulatif présente chacune des 9 hospitalisations : leur date, leur durée, les raisons de l'hospitalisation, les projets à la sortie, les diagnostics à l'entrée et à la sortie. Enfin, les intervalles de temps entre chaque hospitalisation.

2°)- Le corpus proprement dit de l'observation clinique, par pages jumelées, rapporte :

- sur la page gauche, l'observation médicale qui comporte intégralement l'observation médicale, dont le texte a été parfois remanié pour des raisons de présentation ;

- sur la page droite, l'observation des infirmières, telle qu'elle a été écrite sur le cahier de rapport entre équipe.

En effet, des trois lieux d'écriture, lieux de paroles écrites des infirmières :

a)- l'observation dans le dossier ;

b)- le cahier de rapport entre équipe ;

c)- le livre de rapport du pavillon.

C'est le rapport entre équipe qui apparaît le plus riche, le plus complet, et où le texte permet de distinguer les apports de chaque équipe.

Nous l'avons conservé, éliminant les autres qui en sont, soit la copie, soit le résumé.

Nous avons ajouté la correspondance afférente aux 5ème et 6ème hospitalisations.

Elle représente toute la correspondance contenue dans le dossier (à l'exception des demandes d'hospitalisation et des réponses des confrères; des demandes d'examens spécialisés).

3°)- Viennent en dernier lieu, les entretiens enregistrés, que nous avons mis intégralement en écriture, sans rien changer au style ni à la progression des discours.

Les propos soulignés correspondent aux questions que nous avons posées.

Ces textes, pensons-nous, sont essentiels, non en ce qu'ils retracent l'histoire chronologique datée, mais dans ce qu'ils apportent du questionnement de la parole même dans l'institution, et de son apport de vérité.

o

o o

- DEUXIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

L' OBSERVATION

- CHAPITRE II .-

LES ENREGISTREMENTS au MAGNETOPHONE.

HOSPITALISATIONS.	ARRIVE Pour	DIAGNOSTIC ENTREE
1° hospitalisation.	Tentative de suicide/ 6.6.67 au 17.6.67 11 jours.	T.S. Gardénal-Alepsal chez une épileptique Chorée évolutive 12ans Encéphalite léthargique 15 ans.
2° hospitalisation.	Tentative de suicide. 6.7.67 au 31.7.67 1 semaine	T.S. - Troubles caractériels post-encéphaliques - Problèmes neurologiques.
3° hospitalisation.	D'elle-même. Demande d'aide 8.8.67 au 27.8.67 3 semaines	Rechute dépressive.
4° hospitalisation.	T.S. dans le service - Hôpital F.W. après réanimation. 29.8.67 au 8.1.68 4 mois et demi. 1 jours	Troubles du comportement en famille - Réactions dépressives.
5° hospitalisation/	Tentative de suicide. 13.6.69 au 28.7.69 1 mois et demi.	Troubles du comportement à type de manifestations polymorphes allant de l'acte caractériel à la tentative de suicide.
6° hospitalisation.	Revient de l'hôpital B. après T.S. dans le service. 5.8.69 au 9.10.69 2 mois.	Sortie du coma-structure psychotique après chûser. En fait instinct de mort très puissant. Passage à l'acte suicidaire à craindre
7° hospitalisation.	Revient de l'Hôpital B. après tentative de suicide dans le service. 13.10.69 au 1.2.70 3 mois et demi.	Malade suivi dans le service-Réintégration après bilan spécialisé pour coma barbiturique.
8° hospitalisation/	Revient de l'Hôpital B. après T.S. chez ses parents. 2.2.70 au 31.3.70 2 mois	Malade du service. R: Réintégration après coma salicyle.
9° hospitalisation.	D'elle-même	Rechute dépressive.

SEJOUR	DIAGNOSTIC	SORT	DUREE DU
TRAITEMENT	SORTIE	pour	SEJOUR HORS DU SERVICE.
11 jours	Troubles du comporte-	Examen à	
- Largactil	ment - réaction sui-	passer.	3 semaines
- Nozinan	cidaire. Histoire neu-	Vacances	
	-rologique.		
25 jours	Troubles du comporte-		
- Nozinan	ment en milieu fami-	Vacances	1 semaine
- Theralène	lial - Dépression réac-		
- Anafranil	tionnelle.		
3 semaines	Dépression - intoxica-	T.S. dans le	
- Theralène	-tion volontaire.	service - Hôpi-	2 jours
- Valium		tal F.W.	
- Tofranil			
4 mois 1/2	Etat limite. Nombreux	Son domicile.	
- Anafranil	mécanismes psychoti-	Analyse en	
- Valium	ques et névrotiques.	cours - Rech-	18 mois
	Personnalité très fra-	te vraisembla-	
	-gile. Troubles du	ble.	
	comportement très sé-		
	vères en particulier		
	en milieu familial -		
	Séquelles d'encéphali-		
	-te de l'adolescence.		
1 mois 1/2	Pré-psychotique. A	T.S. au Gardé-	
- Valium.	fait une tentative de	nal dans le	
30.6 phlébo-	suicide.	service. Hospi-	8 jours.
tomie dans le		-talisée à CB.	
service.		A reprendre au	
		décours du co-	
		ma.	
2 mois	Pré-psychotique. A	Coma barbituri-	
- Valium.	fait une T.S.	que.	4 jours.
3 mois 1/2	Pré-psychotique. A	T.S. chez ses	
- Valium	fait une T.S.	parents, en	
		cours d'hospi-	1 jour.
		talisation. Hô-	
		pital B. pour	
		réanimation.	
2 mois	Border-line en cours	Sort pour al-	
- Valium	d'analyse.	ler 8 jours à	
		la campagne-A	8 mois et
		reprendre au	demoi.
		retour.	
1 jour.	Névrose hystérique.	Entre et sort	
		le jour même.	être re-
		On peut se de-	jetée. A
		mander si elle	quand la
		ne voulait pas	prochaine
			T.S. ?

- PREMIERE HOSPITALISATION -

du 6 Juin 1967 au 17 Juin 1967

- durée 11 jours -

ENTREE

Pour tentative de suicide.

Diagnostic : Tentative de suicide : Gardénal-Alepsal
chez une épileptique. Chorée évolutive
12 ans. Encéphalite léthargique 15 ans.

SORTIE

Diagnostic : Troubles du comportement - réaction sui-
cidaire. Histoire neurologique.

Pour : Examen à passer - Vacances.

o

o o

- PREMIERE HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

Mademoiselle L., 19 ans, née à Paris
au Mois d'AVRIL 1948.

Est adressée à la consultation H.R.
du

Service d'observation psychiatrique de l'Hôpital B..

6.6.67 " Mon Cher Confrère, Mademoiselle L.. est entrée à B.. pour : tentative d'autolyse. C'est une jeune fille qui a fait une chorée à 12 ans, une encéphalite léthargique à 15 ans ; elle présente depuis quelques mois des crises d'épilepsie. Elle a été suivie dans le service du Professeur G.. qui ne peut la reprendre à cause de la tentative de suicide. Nous vous la confions pour bilan neurologique et mise en observation ".

- Diagnostic d'entrée -

Tentative de suicide au Gardénal-Alepsal chez une épileptique (une seule crise en septembre 1966) - Séquelles d'encéphalite léthargique à 15 ans - Depuis trois ans suivie pour des troubles du caractère, impulsivité, agressivité.

- Observation médicale -

Naissance normale - asthme à l'âge de trois mois - chorée à 12 ans, avec troubles de l'écriture et du caractère - encéphalite léthargique à 15 ans - deux hospitalisations en neurologie - Epilepsie à 18 ans ; le Dr. M.. parle de séquelles d'encéphalite devant une crise convulsive en dormant - Le diagnostic est difficile, l'attitude

- PREMIERE HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes

6.6.67

Entrée -

- M.(1) - Crise d'agitation - tape le personnel - pleurs - crie- A eu Largactil-Nozinan (intra-musculaire).
- A.M.(2) - Anéantie par son traitement - a dormi tout l'après-midi - n'a pas voulu diner.
- V.(3) - A dormi

7.6.67

- M. - Supporte bien son traitement - Dort beaucoup.
- A.M. - A mal à la tête - S'est légèrement alimentée.

8.6.67

- M. - Réticente- refuse d'aller au réfectoire reste couchée - s'alimente.
- A.M. - Souffre des fesses - Indurations - A eu des compresses.

-
- (1) - Equipe du matin
 - (2) - Equipe de l'après-midi
 - (3) - Equipe de veille.

- Discours Médical - (Suite)

d'attente thérapeutique est risquée, mais peut être utile, puisqu'il se pourrait que son seuil épileptogène soit modifié.

- La structure familiale est évoquée -

Vit dans sa famille - Ne travaille pas depuis trois ans - abandonne la scolarité en fin de 3ème - Père pharmacien vit dans les nuages ; il n'est pour rien dans les décisions.

Conflit avec sa mère : " calme, elle ne peut pas comprendre mon caractère bouillonnant " - " Chaque fois qu'il y a quelque chose, elle va chercher un médecin ".

Conflit aussi avec ses cinq frères, car chacun a voulu, à sa façon, faire son éducation - A fait le vide autour d'elle.

17.6.67

Elle ne travaille pas depuis trois ans.

Elle prend le jour pour la nuit.

Quel espoir d'amélioration ? Il faut la faire suivre par un neuropsychiatre.

A la suite de son hospitalisation chez le professeur G..., elle était traitée par le Zarontin qui n'a pas été poursuivi, et par l'Halopéridol qu'elle prenait depuis 4 mois, responsable de la dépression. Pendant cette période, a eu des cauchemars avec hurlement pendant son sommeil ; quand on parvenait à la réveiller, ça allait mieux.

Elle pose des problèmes difficiles : Médicaux

- Comitialité oui ou non ?

- Fièvre persistante d'origine X. ?

- Troubles du caractère : névrotiques ? ou organiques ?

- Discours infirmier - Rapport des Equipes

17.6.67.

- SORTIE -

- Discours Médical - (Suite)

- Mouvements anormaux améliorés.
- Rôle de l'Halopéridol dans sa tentative de suicide.
- l'E.E.G. est "bon", mais il faut la traiter.

- Problème socio-professionnel :

- Abandonne sa scolarité en fin de 3ème, il y a trois ans.
- S'inscrit dans une école, mais abandonne.
- Dort et lit le jour - erre la nuit.
- Elle ne peut accepter un travail simple (blessure narcissique).

- " Mes parents me voient plus malade que je ne le suis ; je m'appesentirais bêtement ".

- La mère cherche t-elle un appui pour supporter les troubles de sa fille ?

- Sort à ce moment pour passer un examen (faux) et organiser ses vacances.

o

o o

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes

- N E A N T -

o

o o

- DEUXIEME HOSPITALISATION -

du 6 Juillet 1967 au 31 Juillet 1967

- durée 3 semaines -

ENTREE

Pour tentative de suicide.

Diagnostic : Tentative de suicide.

Troubles caractériels post-encéphali-
tiques.

Problèmes neurologiques.

SORTIE

Diagnostic : Troubles du comportement en milieu
familial.

Dépression réactionnelle.

Pour : Vacances

o

o o

- DEUXIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

-6.7.67

- Bilan d'entrée -

Tentative de suicide - Troubles caractériels
post-encéphalitiques - Problème neurologique.

- Observation Médicale -

Adressé par l'Hôpital B., pour tentative de
suicide.

Sortie du service il y a 3 semaines - bien
pendant une semaine, puis reprise de l'état dé-
pressif.

-7.7.67-

Fièvre à 38°7

Examen négatif.

Antibiotiques de sécurité.

-8.7.67-

Nozinan 25Mg 1 comprimé le soir.

- Entrevue avec les parents -

Tentative de suicide dans la nuit du 4. Le 5 Juil-
let, sa mère essaie de la réveiller ; elle pense à une
drogue avalée, à 13heures30. Sa fille commence à dire
hôpital et le nom de son analyste. Les parents décou-
vrent une lettre et le flacon de phénobarbital.

- DEUXIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes

-6.7.67-

- M. - Entrée
- A.M. - Calme et déprimée - à surveiller.
- V. - S'est endormie vers 0 heure.

-7.7.67-

- M. - Souffre de maux de tête - S'est alimentée légèrement - Fièvre 38°7.
- A.M. - S'est peu alimentée - Calme - Température 38°8

-8.7.67-

- M. - Température 37°3 - Est beaucoup mieux, mais reste déprimée.

-12.7.67-

- V. - Enervée au début de la nuit - Exprime des idées de suicide - A eu NOZINAVI.N. s'est endormie ensuite.

-15.7.67-

- M. - Triste - déprimée.

- Discours Médical - (suite)

-18.7.67-

Aspect mélancolique, dégoût de tout, tédéum-vitae - idées de suicide actives, peut-être liées au départ de l'Analyste - A été reçue à son examen de journaliste.

-26.7.67-

Veut sortir à la fin du mois pour aller dans un Kiboutz - Même aspect mélancolique.

Idées de suicide : " Je ne peux pas voir un métro sans vouloir me jeter dessous ".

Angoisse ++

Déçue par son père - abandonnée par sa mère - Terrifiée par l'avenir - Difficultés de relation avec ses compagnes de l'hôpital - Les console pour compenser le mépris qu'elle ressent pour elles.

-31.7.67-

La mère demande la sortie - L.. doit partir dans un chentien de la...

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes
(Suite)

-16.7.67-

V. - S'est endormie vers 4 heures -
énervée au début de la nuit - A
eu 1 comprimé de NOZINAN

-17.7.67-

M. - Dit être enceinte.

-19.7.67-

A.M. - Surveiller la prise des médicaments.

-25.7.67-

A.M. - A eu une extraction dentaire - souffre - Soins prescrits par l'interne.

-26.7.67-

M. - Déprimée - très agressive.

-28.7.67-

V. - Dort mal - très énervée.

-29.7.67-

A.M. - Très agressive.

V. - Enervée - s'est endormie vers 1 heure.

-30.7.67-

V. - S'est endormie vers 1 heure.

-31.7.67-

- SORTIE.

- TROISIEME HOSPITALISATION -

du 8 Août 1967 au 28 Août 1967

- durée 3 semaines -

ENTREE

Vient d'elle-même.

Diagnostic : Rechute dépressive.

SORTIE

Diagnostic : Dépression.

Intoxication volontaire.

Tentative de suicide dans le service.

- TROISIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

- 8.8.67- Consulte directement dans le service.
Rechute - Réclame la surveillance : "J'ai voulu
me jeter dans le torrent ; il n'y a qu'ici que
je guérirais ".
- 11.8.67- Moins mélancolique, mais reste très déprimée.
Réticence sur le déterminisme de cet acte (?)
Sentiment de n'être pas normale - ne pas pouvoir
en sortir.
- 19.8.67- Dit à sa mère qu'elle est enceinte.

- TROISIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-8.8.67-

A.M. -Entrée - Déprimée - Crises de larmes.

9.8.67-

A.M. -Excitée ++ Parle très fort - Chante.

-10.8.67-

A.M. - Très agressive.

-11.8.67-

M. - Dort beaucoup - souvent couchée.

A.M. - Très agressive - excitée - chante à tue tête dans la salle - très bruyante.

-12.8.67-

M. - Reste couchée - s'alimente très peu - accepte le traitement.

A.M. - Grossière - malhôte - très excitée.

-17.8.67-

V. - Furieuse parce qu'on a fermé la télé - à 11heures, on l'oblige à gagner son lit - a frappé à la porte du salon qui a favorisé la casse d'un carreau - s'est calmée par la suite - Bonne nuit.

-19.8.67-

M. - Agressive, refuse de s'alimenter - ne supporte pas la présence de sa mère.

A.M. - Est restée couchée toute l'après-midi - ne s'est pas alimentée.

V. - Enervée - s'est endormie vers Oheure.

-20.8.67-

M. - Dit être fatiguée - T° 38°, non contrôlée - Cependant, va en permission.

V. - A peu dormi.

- 21.8.67-

M. - Température 37°

- 22.8.67-

V. - A souvent des quintes de toux.

- 25.8.67-

M. - Agressive -refuse de s'alimenter- alitée-déprimée.

- 27.8.67-

N. - Malade désordonnée-agressive-s'est alitée et au moment du repas, quitte le service.

- Discours Médical - (suite)

-28.8.67- Très somnolente - réagit faiblement. - Répond de façon inintelligible -
N'est pas allée en permission officielle hier.
Aurait-elle absorbé des médicaments ?
Transférée en service de réanimation.

o

o o

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-28.8.67-

M. - Au lever, état comateux.
 transfusée.

- Transférée à F.W..

o

o o

- QUATRIEME HOSPITALISATION -

- du 29 Août 1967 au 8 Janvier 1968 -

- durée 4mois et demi -

ENTREE

pour tentative de suicide dans le service -
Hôpital F.W.. après réanimation (1jour).

Diagnostic : Troubles du comportement en
famille -

Réactions dépressives.

SORTIE

Diagnostic:

Etat limite. Nombreux mécanismes psychotiques
et névrotiques.

Personnaluté très fragile - Troubles du compor-
tement très sévères, en particulier, en milieu
familial.

Séquelles d'encéphalite de l'adolescence ?

Se rend à son domicile -

Analyse en cours.

Rechute vraisemblable.

- QUATRIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

- Bilan diagnostic -

Troubles du comportement en famille.

Réactions dépressives.

- Observation médicale -

-29.8.67- Vue en garde - Revient de F.W... - Un peu vaseuse, mais contact possible - Présentation négligée - Explique qu'elle a pris des médicaments pour dormir - cherche à minimiser sa tentative de suicide. Légère dysarthrie - Voudrait sortir.

- 1- la laisser comme elle est ;
- 2- lui donner un paquet de cigarettes ;
- 3- Ce soir : VALIUM 10Mg N° 1.

-30.8.67- A toujours été comme ça : ironique, mettant insidieusement la pagaille - Evoque les problèmes oedipiens ; la perforation d'estomac de son père quand elle avait 9 ans : ne lui a jamais pardonné ses douleurs et ses plaintes. Avec ses frères et son père, se trouve bête ; avec sa mère se sent plus en sécurité : les conflits sont vite réglés. C'est une famille où on n'explique pas ses émotions " on en ricanerait " - A pris l'habitude de travestir ses demandes par des symptômes ou des tentatives de suicide. Règle minimum à observer pour conserver la relation thérapeutique. Il semble qu'elle soit bien accrochée à son Analyste.

-31.8.67-

- 1.- La psychanalyse est établie et, c'est un fait établi grâce à nous.
- 2.- La mère sait bien qu'elle peut compter sur nous.
- 3.- La malade est une grande mythomane.

- QUATRIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-29.8.67-

A.M. - Déprimée.

-30.8.67-

M. - Plus calme - A surveiller.

A.M. - Calme.
Est descendue au réfectoire.

- Discours Médical - (suite)

-21.9.67- Ivresse - vomissements équivalents d'agitation -
A surveiller - Encéphalite ? Elle dort 48heures -
A-t-elle eut une encéphalite ? Vie complètement
déréglée.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-29.9.67-

M. - Souriante - plus détendue - s'intéresse
au service.

-3.9.67-

V. - Très insomniaque.

-5.9.67-

V. - S'endort vers minuit.

-7.9.67-

M. - Bruyante.

A.M. - Enervée - bruyante - n'a pas de traitement.

-8.9.67-

A.I. - S'occupe de tout - bruyante.

-15.9.67-

A.M. - Absente - Assistant pas prévenu.

V. - Absente.

-16.9.67-

M. - Malade rentrée.

-19.9.67-

A.M. - Agitée ++ impolie envers le personnel

V. - Endormie vers 1 heure.

-20.9.67-

A.M. - Très agitée - crie - chante - chahute.

-21.9.67-

A.M. - 21H40, jette une bouteille par l'imposte -
A vomi +++ vue en garde - s'agite à 1heure
A eut EQUANIL I.M. - mieux ensuite - se
plaint de migraine.

-23.9.67-

A.M. - A eu perfusion Glucose - déprimée - crise de
larmes.

V. - S'est endormie vers 1heure.

-25.9.67-

A.I. - A eu une perfusion de G.34 - la supporte
très mal - avons dû lui enlever sinon elle
l'arrachait.

-26.9.67-

A.M. - Perfusion de G.34, mal tolérée :vertiges-
tachycardie - confuse - T.A. 10,5/5

A.M. - Confuse - somnolente ++ hallucinée - parle
seule- appelle sa mère - Pouls accéléré -se
plaint de maux de tête - n'a pas dîné.

V. - A dormi.

- Discours Médical - (suite)

-27.9.67-

Impression d'être différente, de ne pas bien reconnaître les gens.

Fièvre - tachycardie.

Suite de l'état confusionnel d'hier.

-2.10.67

Perte de connaissance ayant duré une minute, sans malaise prémonitoire, avec sentiment d'étrangeté, crispation sur la cigarette, sensation de vertige, réponses à côté bégaiement, pleurs.

-3.10.67-

Se présente à nouveau comme hystérique de conversion - Chute, aspect pseudo-confus. Rôle certain du départ d'une malade religieuse à qui elle s'était beaucoup liée : " Je ne la reverrai donc jamais ".

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

- 27.9.67-
A.M. - Même état - Vue par l'interne de garde.
V. - A dormi.
- 28.9.67-
A.M. - Même état.
- 1.10.67-
A.M. - Déprimée - crise de larmes pendant la
visite de sa mère - Veut partir.
- 2.10.67-
M. - Trois malaises dans la matinée.
Chute sans perte de connaissance.
- 3.10.67-
A.M. - Refuse les comprimés de VALIUM : ça
la fait pleurer.
- 5.10.67-
M. - Plusieurs chutes dans la matinée.
Difficultés à la traiter.
- 13.10.67-
M. - Refuse tout médicament - Veut mourir.
A.M. - Sueurs, malaise avec chute.
Accepte son traitement.
- 14.10.67-
M. - Malaise avec chute - très déprimée.
A.M. - Assez agressive.
- 15.10.67-
M. - Est sortie sans permission.
A.M. - A téléphoné - rentrera demain matin.

- Discours Médical - (suite)

21.10.67-

Vue en garde - Ramenée par police secours - A fait un malaise sur la voie publique - Très excitée et agressive - impulsive.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-16.10.67-

- M. - A fait un malaise avec chute - Pouls 100.
- A.M. - Partie avec sa mère en psychothérapie
a fait un malaise Rue de Rennes. - Ramenée
par Police secours - S'occupe beaucoup de
Melle X..

17.10.67-

- V. - S'endort vers 2heures - lit beaucoup.

-18.10.67-

- A.M. - Signale avec d'autres malades, la dispari-
tion de 140Frs au total.
- V. - S'est endormie vers 4 heures.

-19.10.67-

- M. - Enervée.

-20.10.67

- A.M. - A fait un malaise - désagréable - critique
tout - ne s'est pas alimentée.

-21.10.67-

- A.M. - Malaise dans la rue - ramenée par police se-
cours - crise d'agitation - Vue par l'inter-
ne de garde - A eu une injection Largactil-
Phénergan-Heptamyl - A refusé ses médicaments
Menaces envers le personnel - agressive +++
Très grossière.

-22.10.67-

- M. - Plus calme - prend ses médicaments - reste
couchée - refuse de déjeuner.
- A.M. - A diné - Refuse ses comprimés de Valium, se
trouve assez abruti comme cela - A mis le
feu à un rideau de la porte du salon - De plus
en plus insupportable.

-23.10.67

- M. - Refuse son traitement.
- V. - S'est endormie vers 2heures.

-24.10.67-

- A.M. - Refuse son traitement.

-25.10.67-

- A.M. - Tombée dans la rue, ramenée à l'hôpital C..
par police secours - l'hôpital nous a télé-
phoné de venir la chercher.

- V. - S'est endormie vers 3 heures.

-27.10.67-

- V. - S'est endormie vers 2heures - Bruyante.

- Discours Médical - (suite)

-1.11.67-

Douleurs abdominales aiguës.

Pas de syndrome précis.

-14.11.67-

Vue en garde -

Phase d'agitation anxieuse confusionnelle.

Propos incohérents.

Traitement : Valium et perfusion de sérum physiologique, 500cc.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-1.11.67-

V. Se plaint de douleurs abdominales.
Pleure bruyamment - petite agitation
Vue par l'interne de garde - A eu
1 Salgydal.

-2.11.67-

A.M. A téléphoné, rentrera demain.

-13.11.67-

A.M. - Refuse son Mogadon.

V. - S'est endormie vers 2 heures.
Enervée.

-14.11.67-

M. - Très énervée - A surveiller.

A.M. - Confuse - Casse tout.
- A été vue par l'interne de garde qui
a prescrit une ampoule de Valium

V. - Réveillée à 2H30 par une soif intense.
A beaucoup bu.

-15.11.67-

M. - Calme ce matin.

A.M. - Rentrera demain matin - Sa mère a pré-
venu.

-16.11.67-

M. - Pas rentrée.

-28.11.67-

A.M. - A téléphoné, rentrera demain.

- Discours Médical - (suite)

-4.12.67-

Episode confuso-onirique - Hallucinations.
Mutisme anxieux - Instabilité motrice.
Traitement neuroleptique en injection.

-9.12.67-

Va sortir, va bien - Reste désabusée, mais initiative - La dépression n'est jamais loin - l'analyse piétine.

Sur le plan organique, restent les mêmes accès de fièvre et de tachycardie - Troubles de l'absorption de l'eau.

Accès semi-confusionnels avec hallucinations, troubles du sommeil. Motricité impulsive avec mouvements anormaux.

-8.1.68-

SORTIE.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite).

-4.12.67-

A.M. - Etat confusionnel - halluciné - a eu
les soins prescrits par l'interne.

V. - A dormi

-5.12.67-

M. - Est mieux - se lève - ne s'est pas
alimentée.

-6.12.67-

A.M. - Rentrera demain soir - sa mère a télé-
phoné.

-12.12.67-

A.M. - A téléphoné, rentrera demain.

-21.12.67-

A.M. - A téléphoné, rentrera demain.

-25.12.67-

A.M. - Pas rentrée à 22 heures.

V. - Pas rentrée ce matin.

-26.12.67-

A.M. - Très excitée

-28.12.67-

A.M. - A téléphoné qu'elle ne rentrera pas ce soir

-6.1.68-

M. - Se dit très fatiguée et reste couchée.

-8.1.68-

- SORTIE -
o

- CINQUIEME HOSPITALISATION -

du 13 Juin 1969 au 28 Juillet 1969

- durée 1 mois et demi -

ENTREE

Pour tentative de suicide.

Diagnostic : Troubles du comportement à type
de manifestations polymorphes
allant de l'acte caractériel à
la tentative de suicide.

SORTIE

Pour tentative de suicide au Gardénal dans le
service.

Hospitalisée à C.B.. - A reprendre au décours
du coma.

Diagnostic : Pré-psychothique.

A fait une tentative de suicide.

- CINQUIEME HOSPITALISATION -

-Discours Médical-

Adressée de l'Hôpital F.W., à la suite d'une tentative de suicide. La lettre d'introduction rappelle la chorée et les séquelles encéphalitiques.

- Diagnostic d'entrée -

Troubles du comportement à type de manifestations polymorphes, allant de l'accès caractériel à la tentative de suicide.

- Observation Médicale -

-13.6.69-

Attachée, deshydratée - Contact précaire, appelle sa mère sur un mode hystérique.

20 heures : agitation - Valium intra-musculaire - A renouveler si besoin.

-14.6.69-

Sort du coma - assez confuse - Calme depuis qu'on l'a détachée - parle beaucoup - on sent l'habitude des séances d'analyse - Certaine discordance des sourires - Renseignements fragmentaires et nombreux.

- CINQUIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-13.6.69-

- M. - Entrante.
- A.M. - Fatiguée - Sonde à demeure - T.A. 11/7
Agitée - frappe le personnel - Vue en
garde - a eu Valium N° 1 I.M. - A pu -
A surveiller.

-14.6.69-

- M. - S'est légèrement alimentée - A surveiller -
T.A. 14/8
- A.M. - Semble mieux - consciente - se lève - s'est
alimentée.
- V. - Eveillée depuis 3heures30 -
Calme.

-15.6.69-

- M. - Calme, mais fatiguée - s'alimente.

- Discours Médical - (suite)

-16.6.69-

Va mieux, parle peut-être trop - Contact presque trop facile - Il semble qu'elle joue : " Je me moque des gens et de moi-même ".

Depuis sa dernière sortie, suit régulièrement des cours de journalisme.

Paques 68, fait du "baby-sitter" en famille.

Octobre 68, essai de travail comme secrétaire dans un dispensaire d'hygiène mentale. S'ennuie.

Février 69, aurait fait une crise de chorée, on la renvoie de son travail.

" Je me sens devenir de plus en plus faible " - Déambulations - hallucinations - Voudrait une hospitalisation dans le service ; finalement, entre à la Clinique de R., sans autorisation de ses parents, d'où le sentiment d'un acte d'indépendance.

Séjour à la clinique de R., se sent isolée. Elle ne participe pas au groupe de sociothérapie, à cause des frais engagés - Noue des relations avec d'autres pensionnaires.

A sa sortie, deux évènements surviennent :

- sa majorité qu'elle considère comme une libération ;
- le départ du médecin qui la suit à la clinique.

Le lendemain de son anniversaire, nouvelle tentative de suicide par ingestion d'Optalidon. Hospitalisée 8 jours à F.W.. - A sa sortie, ses parents refusent un nouveau séjour à la Clinique de R.. - Elle rentre chez elle.

Elle se sent dans une situation étrange ; les autres lui semblent loin ; ne communique pas ; progressivement, reste confinée dans sa chambre et dort jour et nuit. Attend l'automne, que passent les chaleurs, pour sortir.

Deux évènements familiaux surviennent :

- Elle apprend que son frère, Fernand, a un cancer du testicule ;
- son frère aîné, Fabien, qu'elle semble ne pas aimer "préfère de sa mère" ; " il est sûr de lui ", fait un sé-

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

- N E A N T -

- Discours Médical - (suite)

-16.6.69-

Le 11 Juin 1969, sa tentative de suicide a lieu à 2heures du matin. Elle lit un livre sur les évènements de Hongrie ; elle a chaud ; Fabien tousse dans la chambre voisine. Elle absorbe alors un flacon d'Optalidon partiellement, elle ne voulait pas vraiment mourir. Elle avait interrompu son analyse une semaine auparavant.

-17.6.69-

Même contact facile, mais sans prise.
Quelque chose d'hystérique ; parle avec complaisance, sur un ton littéraire, de sa vie.
Désir et crainte de mourir ; ambivalence vis-à-vis du suicide : " le métro est plus efficace "
Désintérêt - Se dit mythomane, à juste titre.

-19.6.69-

Toujours négligée, sombre, sans maquillage.
Ce matin, se sentait sécurisée par la présence de la surveillante du matin, qu'elle aime beaucoup.
Exprime une angoisse ressentie cet après-midi, mal circonscrite, liée à la possibilité de se retrouver dehors, au milieu des autres, de se tuer.
Ce soir, se sent mieux, peut-être parce qu'elle est enfermée et, elle se demande si elle ne préférerait pas être dans un service fermé, quitte à faire le mur ensuite. Reconnaît sa tendance à s'enfermer sur elle-même - repli - dans sa chambre chez elle.
Les idées de suicide restent pregnantes - reparle du métro - " ce serait radical ".

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-19.6.69-

A.M.

- Se plaint souvent de maux de tête.

-22.6.69

M.

- Signale que Melle X., aurait trouvé des médicaments près de la pharmacie centrale.

- Discours Médical - (suite)

-23.6.69-

In robe d'été - Visite de sa mère et de sa belle-soeur - Ambivalence par rapport à son milieu - Satisfait, reconnaît un certain masochisme dans son comportement - Ton de roman : " Je suis écorchée vive " Auto-analyse très intense.

-24.6.69-

Après la réunion de malades, où elle est beaucoup intervenue, parle trop facilement, rejette les autres : " les uns sont des imbéciles ; les autres des moralisateurs ".

Se situe seule par rapport aux autres.

Parle d'émotions esthétiques, d'idées de contemplation qui la coupent des autres au moment où elle les ressent et que personne ne pourra, par la suite, lui prendre.

Parle beaucoup de son angoisse qu'elle a tendance à intellectualiser comme si elle ne la ressentait pas.

-25.6.69-

Fuit une malade perverse qui la pousse à la drogue, lui indique le lieu où se trouvent les ordonnances. Elle refuse des propositions homosexuelles.

-28.6.69-

A reçu une lettre de son analyste - Elle refuse d'y retourner - Peur de sortir - Distance dédaigneuse par rapport aux autres malades - Compare son désintérêt à celui qu'elle éprouvait à la Clinique de R., alors qu'elle avait décidé de se supprimer -

L'ergothérapie est un moyen de se retrancher.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(Suite)

-23.6.69-

A.M.

- Très énervée et bruyante au réfectoire - Perturbe le repas du soir.

-24.6.69-

A.M.

- Se plaint de maux de tête.
Réclame tous les après-midi des comprimés d'Aspirine -
Très énervée.

-30.6.69-

Tentative de suicide par phlébotomie.
Perte de sang importante - Refuse de donner
des explications à son geste - Contact froid,
hystérique.

-1.7.69-

Immédiatement : " Je me suis encore fait du cinéma
à moi-même ". Pense qu'elle n'a pas voulu mourir
"peut-être appel à l'aide ?", mais ne formule pas sa
demande. Le geste s'inscrit dans un contexte où elle
parlait beaucoup de suicide, mais en utilisant un moyen
efficace : le métro. Parle volontiers d'une manière
hystérique, mais ce n'est pas tout.

-3.7.69-

Parle de sa tentative de suicide, exprime sans pouvoir
formuler, qu'il y a quelque chose derrière ; quelque
chose hors de la proportion avec le geste lui-même, qu'
elle a tendance à minimiser. Raconte à nouveau l'épisode
mais c'est discordant. Décide de se détruire, mais plus
dans le sens de se modifier, que de mourir.
Rôle du départ de la Surveillante du matin formulé net-
tement dans les motivations - Revient toujours à cette
angoisse. Exprime très bien les épisodes impulsifs
clastiques agressifs à l'égard des autres " colère sans
motivation qu'elle contient, mais qui la dépasse ".
Ambivalence : désir de détruire ce qu'elle aime, ce qu'
elle trouve beau - Se sent "hermétique". Le problème
reste entier, il semble qu'elle tente de le poser. Elle

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(Suite)

-30.6.69-

- V.
- Tentative de suicide par section des veines au poignet gauche à 23h30.
- Conduite en chirurgie - A eu 5 points de suture et sérum antitétanique - A peu dormi.
- A surveiller, veut recommencer.
- A eu un Valium 10Mg I.M.

-1.7.69-

- M.
- Calme - A travaillé à l'ergothérapie.
- A.M.
- Mieux, est cependant à surveiller.

-2.7.69-

- M.
- Enervée - anxieuse - se sent fébrile - Température 37°7.

- Discours Médical - (suite)

- 4.7.69- Apporte ses collages - Parle de destruction qui est la seule chose qui la sécurise - Position de "protégée dans sa famille, comme dans le service ".
Peur de sortir, réalise qu'elle pourrait revoir son Analyste.
- 8.7.69- Rencontrée sur les marches, les yeux dans le vague ; sursaute à mon approche - Vient facilement à l'entretien. Parle de son isolement : "se couper du monde se fait progressivement, petit à petit". Reprend le thème de la peur ; peur de sortir, car lorsqu'elle sortira, elle ira se jeter sous un train ; l'idée lui en est venue subitement, avant son avant dernière tentative, lorsqu'elle allait à la clinique voir son frère que l'on opérerait d'un cancer du testicule - idée en lisant : "voie ferrée, danger" - Il faisait très chaud, quelques jours plus tard, décide de ne plus sortir et avale l'Optalidon.
- 12.7.69- N_C s'améliore pas - Cependant, exprime le désir de reprendre peut-être pied un jour (ne plus désirer se suicider, ni se droguer). Parle beaucoup de sa mère (qui va venir) et de sa famille - Il semblerait que sa mère la renvoie toujours à ses affections organiques (chorée-épilepsie), niant la maladie de sa fille ou voulant se l'approprier. Parle d'une sœur de sa mère qui fût longtemps malade et accapara longtemps cette dernière : "Elle nous volait notre mère ; c'est seulement après sa mort qu'elle m'a donné le droit d'être malade". Désir d'autonomie, mais tentative d'explication des tentatives de suicide qui interviennent toujours à la suite d'un choc, au moment où elle parle en analyse : " Comme si j'annulais ce que j'ai dit ".

-Discours Infirmier - Rapport des Equipcs -
(Suite)

- 10.7.69- A.N. - Etrange - Absente à l'heure du repas
du soir - est à surveiller +++
- 11.7.69- A.N. - Est toujours à surveiller - Réclame
très souvent un comprimé d'Aspirine
car elle souffre de maux de tête - A
un comportement étrange - triste.
- 12.7.69- M. - Même comportement.
Souffre de maux de tête.
- A.N. - Est toujours à surveiller.

- Discours Médical - (suite)

-15.7.69-

Formule clairement la manière dont le monde lui apparaît : "coupé d'elle" - Utilise sa situation d'hospitalisée pour se couper. La vie quotidienne du monde extérieur lui semble étrange - Agressivité larvée vis-à-vis des autres, des imbéciles. Ce qui domine est la peur ; peur des autres parce qu'ils sont vivants ; peur de tout ce qui est vivant : "J'aimerais que tout le monde se transforme en statut de sel et je regarderais" ; peur de perdre des êtres chers : "La vie est absurde, pourquoi on vieillit et on meurt ?" ; peur de se jeter sous le train.

Il semble que se dégage une sorte d'obsession impulsive au suicide, geste impulsif incontrôlé qu'elle a peur d'exécuter lorsqu'elle se trouvera au dehors - Distingue très bien le suicide efficace (le train) des tentatives qu'elle a pu faire.

Reprise également du désir ambivalent de régression et de progrès, c'est-à-dire, possibilité de s'en sortir. Essai d'accrochage à ce niveau : infructueux.

-18.7.69-

Il ne se passe rien - désintérêt - apragmatisme - ennui. Derrière autre chose de très riche, des idées quasi-obsessionnelles s'imposent à elle : se jeter sous le train, se jeter dans l'escalier pour voir et pour qu'il se passe quelque chose : une fracture du crâne, par exemple.

Explique que cette éventualité comme s'intégrant de telle façon à la vie, qu'elle se produira un jour, à la manière d'un acte maniaque. Association avec un vase cassé chez sa mère - Va voir l'escalier et songe.

La relation aux autres n'est qu'agressivité ; agressivité qu'elle retourne contre elle-même, car elle ne supporte pas de ne pouvoir s'adapter au monde, d'où idées de suicide.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
-(suite)-

-15.7.69-

M.

- Très peu de contact.

Se plaint de maux de tête.

-16.7.69-

A.M.

- Enervée - parle très fort.

-17.7.69-

A.M.

- A refusé d'avoir Melle X.. dans sa chambre.

-18.7.69-

A.M.

- Très énervée.

- Est à surveiller.

- 18.7.69 - (suite)

Rappel d'un traumatisme à l'âge de 8 ans : agression par un sadique, qu'elle tient pour déterminante de l'évolution de son comportement : "ma mère m'en a voulu de cet épisode, bien que je n'y sois pour rien, elle n'a jamais pu m'aimer, car j'étais odieuse".

Se situe assez bien elle-même. Elle fait du cinéma : section des veines ; chute dans l'escalier et en parle d'une manière hystérique et provocante ; mais elle fait du cinéma pour se défendre contre son angoisse. C'est une sorte de compromis entre sa réalité qu'elle n'accepte pas et ses phantasmes, dont le dénominateur commun serait un désir de régression infantile.

- 26.7.69 -

Même ennui - Brusquement décide d'en sortir : "absurde d'attendre encore " ; désir de sortir, sortir se suicider : le train ou peut-être le métro. Le métro n'est pas infaillible ; à ce propos, revient à cette ambivalence vis-à-vis de la mort : désir comme moyen d'en finir avec une existence sans relief et sans but ; et le désir de vivre.

Tout l'entretien est centré sur ce thème - Attitude de provocation avec sourires et regard en coin qui pourraient être hystériques, mais quelque chose de plus inquiétant est derrière : " je pourrais vous demander une permission pour me jeter sous le train; ce serait le comble de l'ironie ".

-19.7.69-

A.M. - Est à surveiller - Est restée dans sa chambre tout l'après-midi - Vout qu'on la laisse tranquille - ne s'est pas alimentée - dit qu'elle va faire la grève de la faim.

-20.7.69-

M. - Mieux - se lève - A déjeuné.

-24.7.69-

M. - Enervée - chantage au suicide - Vout se jeter sous un train.

-26.7.69-

M. - Sa mère a téléphoné pour nous dire que L..., est chez elle.
Reviendra cet après-midi.

A.M. - Pas encore rentrée au repas du soir.
- Rentrée à 19 heures.

- Discours Médical - (suite)

-26.7.69-(suite).

Autres éléments de son discours : balancement entre
" Je vais me tuer et, après-tout, je ne me tuerai
pas " " Et puis, tant de choses m'intéressent, mais
je sais que je ne les ferais pas ". Par ailleurs :
" Je sais que je peux sortir, quoique vous fassiez ".
Impression du désir d'éprouver l'interlocuteur ; sorte
de jeu, mais qui cache quelque chose de sérieuse-
ment inquiétant. On peut se demander si elle ne me
demande pas de se faire enfermer. Elle peut passer
à l'acte impulsivement, comme elle le formule d'ail-
leurs.

-28.7.69-

Vue en garde :

Coma, sueurs, respiration bruyante.

Transfert à l'hôpital C.B., qui la renverra dès
son réveil.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-27.7.69-

M. - Très bizarre - Est restée couchée
une partie de la matinée. S'isole -
Ne parle pas.

-28.7.69-

M. - A 6heures45, état comateux.
T.A. 14/6 - Pouls 150
Vue par l'interne de garde qui a
demandé son transfert à l'Hôpital
C.B..

o

o o

- CINQUIEME HOSPITALISATION -

- CORRESPONDANCE -

-27.7.69- Melle L., au Docteur E... Assistant du
Pavillon M..

Monsieur,

L'Assistante Sociale étant de sortie, je crois devoir vous signaler les ennuis de Madame D., qui vient d'être licenciée par la Société X.. ; plus exactement, sous le choc de sa dépression, elle avait envoyé sa démission ; ceci pour des raisons d'ordre administratif : mécontentement avec le chef du personnel. Sa démission a été acceptée et, sans doute, le choc a-t-il été trop violent dans l'état où elle se trouve...

J'ai pensé qu'un certificat attestant qu'on ne peut prendre au sérieux une démission faite en état de dépression, pourrait arranger les choses, son patron semblant très compréhensif.

Je me mêle sans doute trop des affaires des autres, mais je crois qu'il faut tout tenter pour que Madame D.. puisse réintégrer la Société X..

D'autre part, il y a une histoire d'attestation d'arrêt de travail, plus ou moins claire, au sujet d'indemnités journalières à payer par la sécurité sociale. Il semblerait que cette attestation ait été faite, mais ce n'est pas une évidence.

Cette lettre est des plus embrouillée et, sans doute, pleine de fautes ; c'est une autre question. Ce que je vous demande, sans aucune discrétion d'ailleurs, c'est de faire quelque chose, nous ne pouvons pas rester inertes, Madame D.. a besoin d'un soutien efficace et rapide.

Je vous fais confiance sur ce point.

-28.7.69- Rapport concernant Melle L., des infirmières.

A 6 heures, en faisant la ronde, je n'ai rien constaté d'anormal.

A 6 heures 45, je suis rentrée dans la chambre de Mademoiselle L., pour la prise de tension et de température. J'ai constaté que la malade ronflait et, il m'a été impossible de la réveiller. J'ai appelé l'interne de garde qui a demandé son transfert en urgence, sous perfusion de sérum physiologique, à l'Hôpital C.B..

Mademoiselle L. n'avait pas de traitement médicamenteux. Cependant, elle est allée samedi chez ses parents, sans permission.

-28.7.69- Le Docteur E., Médecin-Assistant, à Monsieur le
Chef de Service.

Monsieur,

J'ai le regret de vous faire part d'une tentative d'autolyse effectuée par Mademoiselle L., 21 ans, hospitalisée pour la quatrième fois, au pavillon M., le 13 Juin 1969.

Il s'agit d'une malade polysuicidaire, à qui n'était prescrit aucun traitement médicamenteux, mais dont le père est pharmacien, et qui a quitté le service sans permission, le samedi 26 Juillet, vers 11 heures. Elle a été ramenée dans l'après-midi par ses parents. A son retour, son comportement était identique, si ce n'est une anxiété plus importante.

Elle a été trouvée ce matin à 7 heures, dormant profondément et ronflant. Le pouls était à 150 ; la T.A. 11/8. Elle a été conduite à l'Hôpital C.B., service de réanimation à 8 heures 15. Le pouls était alors à 140 et la T.A. 11/6. Un traitement à base de sérum physiologique a été entrepris par l'interne de garde.

A l'examen : sueurs profuses, respiration bruyante sans encombrement pulmonaire.

A l'examen neurologique : pas de réaction au pincement,

abolition des réflexes ostéo-tendineux - hypotonie.

Tout porte à croire que les toxiques qui semblent à l'origine de cet état, ont été trouvés par la malade dans, ou tout au moins autour de l'officine paternelle.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

o

o o

- SIXIEME HOSPITALISATION -

du 5 Août 1969 au 9 Octobre 1969

- durée 2 mois -

~~-ENTREE-~~

Pour : Revient de l'Hôpital C.B.. après
tentative de suicide dans le service.

Diagnostic : Sortie du coma.
Structure psychotique à préciser.
En fait, instinct de mort très
puissant. Passage à l'acte suici-
daire à craindre.

~~-SORTIE-~~

Pour : Coma barbiturique par tentative de suicide
dans le service - Hospitalisé à B..
Réanimation, à reprendre.

Diganostic : Pré-psychotique.
A fait une tentative de suicide.

- SIXIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

-5.8.69-

Mon Cher Collègue,

Comme convenu, nous te renvoyons Mademoiselle L..
Son état n'a pas posé de problème... Après cette 8ème
tentative de suicide, le problème demeure évidemment
complexe...

- Diagnostic d'entrée -

Sortie du coma.

Structure psychotique à préciser.

En fait, instinct de mort très puissant.

- Observation médicale -

Un peu comateuse, parle lentement immédiatement : "c'est
drôle de vous voir vivant et d'être vivante ; je ne de-
vrais pas être là ; je devrais être ailleurs, nulle-part"
" Je vous ai appelé, d'après ma voisine de chambre ; j'ap-
pelle toujours, sans doute parce que j'étais inconsciente"
Monologue : pour retrouver son analyste : " Il y a une
barrière que je ne pourrais jamais franchir, donc il faut
arrêter l'analyse". Donc, tout est absurde, y compris
son hospitalisation ici ; seule possibilité ; le suicide.
Doit reprendre son analyse le 2 septembre.

- SIXIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-5.8.69-

- A.M. - Entrante.
Très à l'aise dans le service.
- V. - Très bruyante.
- S'est couchée à 0heure10.

-6.8.69-

- M. - Un peu plus calme.
Phlyctènes aux pieds - a eu soins.
Possède une attache de poignet avec
une cordelette, qu'elle a rapportée de
l'hôpital C.B.. et qu'elle refuse de nous
donner.

-7.8.69-

- M. - Très excitée - fait beaucoup de bruit.
A 14heures absente du service.
- AM. - Rentrée vers 14heures15. Crises de larmes
A eu une ampoule de Valium I.M. - Calme
dans la soirée.
- V. - A dormi.

- Discours Médical - (suite)

-8.8.69-

Certaine d'arriver au suicide malgré la peur.
Agressivité vis-à-vis de sa mère qu'elle tient responsable de tout : " Elle ne m'a jamais vraiment aimée, maintenant sa présence me donne des nausées ".

-9.8.69-

Même discours, même agressivité - Idées de suicide qu'elle analyse parfaitement : " Avant ma dernière tentative, je désirais me suicider, maintenant, je sais que je vais mourir ; je ne passerai pas le mois d'août ". Tout ceci avec une certaine ambivalence : "Peut-être un sursis est-il possible " ?

Sa belle-soeur a eu un enfant qu'elle aurait aimé connaître ; c'est la seule personne qui l'ait aimée telle qu'elle est ".

Parle de son expérience sociothérapique comparée aux possibilités du pavillon M.. : elles sont nulles ; de son expérience ergothérapique : la poterie, les gestes qui font vivre la terre et qui n'existent pas non plus dans le service. Revient constamment à ses idées de suicide - Désir de mort extrêmement intense : " Vivre me fait trop mal, donc je n'ai plus le courage, même si je regrette ce que j'aurais pu faire et constater ".

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-9.8.69-

- M. - Idées de suicide.
Très mauvais moral.
- A.I. - R.A.S cet après midi.
A été vue par l'interne du service.

-10.8.69-

- M. - Un peu plus détendue.
Reste à surveiller.

-11.8.69-

- M. - Exprime le désir de mourir.
A surveiller.

-12.8.69-

- V. - S'est endormie très tard.

-13.8.69-

- A.M. - Toujours aussi distante.
Peu de contact avec le personnel.

-15.8.69-

- A.M. - Déprimée - Ne parle pas - Comportement étrange - A surveiller.

- Discours Médical - (suite)

- N E A N T -

- Discours infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-17.8.69-

M. - Triste - bizarre - A surveiller.

A.M. - Ne parle pas - triste.

-19.8.69-

M. - Permission.

A.M. - Déprimée - ne parle pas - comportement étrange - A surveiller ++

-20.8.69-

A.M. - Est toujours à surveiller - Très énervée.

-21.8.69-

M. - Très déprimée - s'isole - ne parle pas - Est à surveiller.

A.M. - Même état.

-22.8.69-

M. - Très déprimée - ne parle pas - s'isole - Est à surveiller.

A.M. - Même état.

-23.8.69-

M. - Agressive - contact difficile - A surveiller.

A.M. - Toujours à surveiller - Déprimée ++

-24.8.69-

A.M. - Est toujours à surveiller.

-26.8.69-

A.M. - Veut sortir "crève de peur depuis qu'elle est ici."

-27.8.69-

A.M. - Toujours à surveiller.

V. - S'est couchée très tard, cependant a dormi.

-28.8.69-

A.M. - Toujours à surveiller.

-29.8.69-

M. - Déprimée - Est à surveiller.

-30.8.69-

M. - Ne parle pas - pleure - très déprimée - Est à surveiller.

A.M. - Très déprimée - ne s'est pas alimentée.

- Discours Médical - (suite)

- N E A N T -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-31.8.69-

- M. - Sans changement - Est à surveiller.
A.M. - Même comportement - vraiment étrange - ne s'alimente pas le soir - ne parle pas, seulement si on l'interroge - Est à surveiller.

-1.9.69-

- M. - Agressive - Est à surveiller.
A.M. - Déprimée - Ne s'est pas alimentée.

-2.9.69-

- M. - Aucune amélioration - Est à surveiller.
A.M. - Eruption cutanée sur le corps et les jambes.

-3.9.69-

- M. - Eruption de boutons sur le corps - Fatigue - se plaint de vertiges.

-5.9.69-

- M. - Agressive - Est à surveiller.
A.M. - Est sortie chez ses parents - Avons eu un coup de téléphone de sa mère, nous disant que sa fille aurait pu prendre des médicaments.

V. - Souvent éveillée.

-6.9.69-

M. - Plus calme, mais reste à surveiller.

-7.9.69-

M. - Est à surveiller.
A.M. - Reste à surveiller.

-9.9.69-

M. - Agressive.

-10.9.69-

V. - A mal aux dents - A eu 1 comprimé d'Aspirine.

-12.9.69-

M. - Se plaint de troubles divers - vertiges.
A.M. - Rentrée de permission - fatiguée.

-14.9.69-

M. - Angoissée - se plaint de vertiges.

-15.9.69-

- Permission.

-17.9.69-

M. - Mauvais esprit - critique tout.

-18.9.69-

V. - Se réveille souvent.

-19.9.69-

M. - Très énervée - bruyante.

- Discours Médical - (suite)

-22.9.69-

Pour ressentie à l'extérieur du service, à l'inverse de celle éprouvée au dehors ; difficile à analyser, liée à l'agressivité des autres malades, mais mêlée de dégoût des autres à la fin de l'entretien - Chantage au suicide.

-24.9.69-

Idem - Exprime son repli progressif - Ne descend plus manger - le contact avec les autres lui coupe l'appétit - ne peut plus parler à personne - incapacité physique - indifférence apparente - pragmatisme exprimé avec agressivité - Vit très mal la fermeture des portes.

-27.9.69-

Reparle de suicide - Tâte le terrain puis : " Je vous le dis, parce que vous ne le croyez pas" - Ambivalence à l'égard du suicide clairement exprimée - Élément nouveau de son discours : crainte que sa mère ne mourr, tranchant avec l'agressivité habituellement exprimée. Se plaint de dyspnée qu'elle rattache à de l'asthme.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-23.9.69-

- M. - Permission refusée.
A.M. - Ne s'alimente pas - Déprimée.

-24.9.69-

- A.M. - Très fatiguée.

-25.9.69-

- M. - Permission refusée.
A.M. - Anxiété importante - A pour de Mme X..
(malade).
V. - S'est endormie tard.

-26.9.69-

- M. - Permission refusée - Agressive envers
les infirmières.

-28.9.69-

- A.M. - A quitté le service à 14 heures avec sa
permission - Pas rentrée à 21heures -Avons
téléphoné chez elle - Elle ne veut pas ren-
trer ce soir parce qu'elle a pour d'une
malade - Rentrera demain.

-30.9.69-

- A.M. - A téléphoné qu'elle ne rentrera que demain.

-3.10.69-

Bizarre - regard un peu flou - Idem, idées obsédantes de peur. D'une manière hystérique, dit qu'elle ne se lave plus, ne fait plus son lit, mais dort.

-6.10.69-

Meilleure impression - Explique qu'elle va plus mal depuis que " la gosse a tout cassé .." et depuis le départ d'une voisine de chambre avec qui elle pouvait avoir des échanges : " Elle disait et j'expliquais ; elle me protégeait".

-9.10.69-

Nouvelle tentative de suicide.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-1.10.69-

M. - Rentrée vers 12heures30 - Aucun contact.

-2.10.69-

M. - Triste, contrariée de sa visite au dermatologue.

A.M. - Très déprimée - très triste - Est à surveiller.

-3.10.69-

M. - Enervée - Menace de se suicider.

-6.10.69-

M. - Pas rentrée à 14 heures.

A.M. - Rentrée de permission vers 18heures. Sa mère nous ayant prévenues qu'elle était grippée.

-8.10.69-

A.M. - Sa mère a téléphoné qu'elle ne rentrerait que demain matin.

-9.10.69-

V. - A été trouvée en état comateux à 23h15 avec renflement - membres flasques - T.A. 9/5 - pouls lent et filant. Puis la malade a vomi un liquide noir en grande quantité, obstruant les voies respiratoires. Une canule et de l'oxygène ont été mises en place.

Conduite en neuro, puis à l'Hôpital B..

o

o o

- CORRESPONDANCE -

- 25.9.69 - Docteur E.. à, Docteur L..- Psychanalyste

" Cher Ami,

Comme tu le sais, j'ai dans le service Mademoiselle L., qui me pose évidemment des problèmes psychiatriques. Je voudrais bien savoir quel est ton projet analytique pour elle. Amicalement, bien à toi. "

- 4.10.69. - Melle L... à, ? (Lettre non envoyée).

" Ma chère vieille,

Hélas deux visites ratées. Pour moi les choses ne s'arrangent pas. Je ne passe plus que quelques heures par jour à M... La surveillante me fait les pires vacheries depuis ton départ. Heureusement, E... me protège de ses foudres. Il paraît que tu vas bien et que ta nouvelle vie s'arrange bien ".

- 9.10.69. -

" Ma vieille, les "hasards" qui nous séparent sont fous, à moins que ce ne soit moi... Ce soir j'ai peur, tu sais cette peur qui nous broie, vivante à jamais ; enfin bref ! tu es gentille de venir à M..

J'ai vu ton ?.. qui était très joli. Félicitations.

Comment vont Tatonne et Matonne ?

Je continuerai un autre jour cette lettre ".

- 10.10.69 - Veille du 9 au 10 Octobre 1969. Mesdames B.. et G..
à, Monsieur le Médecin-Chef.

Rapport concernant Mademoiselle L..

" Monsieur,

Cette malade ayant renouvelé une nouvelle tentative de suicide, nous vous signalons les faits suivants :

Lors de notre prise de service à 22 heures, la malade était couchée et dormait. Nous n'avons rien constaté d'anormal. Sa position n'avait pas changé à 22 heures 30.

Ce n'est qu'à 23heures15, que la malade étant couchée au travers du lit, les jambes pendantes, que notre attention fût éveillée. Notre première réaction fût de la recoucher convena-

blement. C'est alors que nous avons constaté un léger ronflement, les membres flasques, les pupilles en mydriase ; la tension artérielle était de 9/5 ; son pouls était lent et filant. L'interne appelé immédiatement avait prescrit : sérum glucosé et 2 Heptamyl. Il ne nous a pas été possible de mettre le traitement en cours, car peu de temps après, la malade s'est mise à vomir un liquide épais et noir, en grande quantité, obstruant les voies respiratoires, provoquant une asphyxie. Une canule a été mise en place et nous lui avons passé un peu d'oxygène en attendant l'interne qui a été à nouveau prévenu. La malade a reçu un Caréna I.M.

La malade a été transportée en Neuro pour désencombrement et ensuite à l'Hôpital B..., sous perfusion.

Espérant que ces renseignements vous seront utiles, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux ".

-11.10.69- Docteur E... à, Monsieur le Médecin-Chef -

" Monsieur,

J'ai le regret de vous faire part d'une nouvelle tentative d'autolyse effectuée par Mademoiselle L., 21 ans, hospitalisée pour la 5ème fois à M., le 5 Août 1969.

Il s'agit, comme vous le savez d'une malade polysuicidaire, à qui n'était prescrit aucun traitement médicamenteux, mais dont le père est pharmacien et qui, aux dires de sa mère, cache des ordonnances de Neuroleptiques dans sa bibliothèque.

Lors de sa dernière tentative, nous avons conseillé à la mère de faire une petite fouille dans la chambre de sa fille ; il semble que cela n'a pas été fait, puisqu'il y a de nouveau passage à l'acte.

Elle a été trouvée à 23 heures, le 9 Octobre 1969, dormant dans sa chambre à M., avec un léger ronflement, des membres flasques, une tension artérielle à 9/5, un pouls lent et filant. Elle a vomi un liquide épais et noir, en grande quantité, obstruant les voies respiratoires, ce qui a nécessité une intubation et de l'oxygène.

Prévenu par téléphone à 0h00, j'ai constaté que tout

avait été fait pour réanimer cette jeune fille. De nouveau, tout porte à croire que les toxiques à l'origine de cette nouvelle tentative, ont été trouvés autour de l'officine paternelle.

Veuillez croire, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments respectueux ".

-11.10.69- Docteur D... à, Monsieur le Directeur du Centre Psychiatrique Sainte-Anne.

" Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser le rapport du Docteur E.. concernant la tentative de suicide réalisée par Mademoiselle L...; et celui des infirmières du service.

Le problème posé par cette malade et la répétition de ses tentatives, est évidemment de savoir si nous devons la conserver en service libre, ou au contraire, refuser de la traiter dans ce cadre en proposant à la famille une hospitalisation en service fermé.

Jusqu'ici nous avons constaté chez Mademoiselle L..., des dispositions qui nous font craindre qu'une hospitalisation en service fermé ne permette pas un traitement utile. D'autre part, les contacts avec le service paraissent un élément favorable, dont nous ne nous croyons pas en droit de priver la malade.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments respectueux ".

-22.10.69- Le Directeur à, Docteur D...

" Monsieur le Médecin-Chef,

J'ai bien reçu votre lettre du 11 Octobre et le rapport joint concernant la tentative de suicide réalisée par Mademoiselle L... Il est bien certain que la répétition de telles tentatives, justifie amplement le placement en service fermé.

Si malgré le risque, presque certain, de récurrence, vous pensez lui donner plus de chance de réinsertion sociale, en continuant de la soigner à H.R., il me paraît que l'intérêt thérapeutique doit dominer la crainte. Je pense seulement qu'il serait utile de tenir informée la famille de votre perplexité et du problème posé à votre conscience, par cette malade.

Si c'est la solution de continuité de traitement à H.R... qui prévaut, il faut attirer l'attention de tout votre personnel sur la fragilité de cette malade et la nécessité d'exercer dans toute la mesure du possible, une vigilante surveillance autour d'elle.

Veillez agréer, Monsieur le Médecin-Chef, l'assurance de mes sentiments les meilleurs ".

o

o o

- SEPTIEME HOSPITALISATION -

du 13 Octobre 1969 au 1er Février 1970

- durée 3mois et demi -

-ENTREE-

Revient de l'Hôpital B.. après tentative de suicide dans le service.

-Diagnostic : Malade suivie dans le service.
Réintégration après bilan spécialisé pour coma barbiturique.

-SORTIE-

-Diagnostic : Pré-psychotique.
A fait une tentative de suicide.

pour : Tentative de suicide chez ses parents,
en cours d'hospitalisation.
Hôpital B.. pour réanimation.

- SEPTIEME HOSPITALISATION -
- Discours Médical -

-13.10.69-

Mon Cher Confrère. Nous vous adressons Mademoiselle L..., hospitalisée dans notre service pour coma toxique. Elle est restée trois jours sous respiration assistée et nous préférons vous l'adresser pour surveillance ~~neuro~~-psychiatrique.

- Diagnostic entrée -

Malade suivie dans le service.

Réintégration après bilan spécialisé pour coma barbiturique.

-18.10.69-

Va mieux - Sortie hier - est allée à un repas de famille à l'occasion du retour de son frère - Exprime son étonnement d'avoir pu supporter ce genre de réunion.

-22.10.69-

Se dit très agitée, synonyme d'agressive. Cette agressivité est très vite contrée sur sa mère, dont elle parle tout le long de l'entretien. Sa mère qui la rejette depuis son enfance : " elle se débarrassait de moi ". Actuellement, elle lui déménage sa chambre; l'autre jour, elle lui a téléphoné de venir retirer ses livres d'une armoire qu'elle veut donner à l'un de ses frères. En échange parle d'argent " son seul langage " - Problème pour payer l'analyste : " c'est elle qui paie, elle sait que je ne peux le faire ".

- SEPTIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-13.10.69-

A.M. - Très faible - T.A. 7/3

V. - A vomi.

-14.10.69-

M. - Fatiguée - Escarres au pied -
A eu soins.

-15.10.69-

M. - Déprimée.

A.M. - Même état - aimerait qu'on la change
de chambre - Fatiguée - Est à surveil-
ler (rentrée de permission plus tôt que
prévu).

-17.10.69-

A.M. - Sa mère a téléphoné qu'elle ne rentre-
rait que demain.

-20.10.69-

A.I. - N'est pas descendue au repas.

-22.10.69-

A.M. - Rentrée de permission - Voulait se
jeter sous le métro.

- Discours Médical - (suite)

-24.10.69-

Reprend l'incident d'avant-hier qui a eu lieu pour faire peur aux infirmières "sorte de gens en marge" pour lesquels tout est bouché pour des raisons diverses.

-25.10.69-

Très agitée, mouvements désordonnés de la tête et des membres - Discours toujours identique centré sur le suicide : " Je ne me suicide que quand je le dis, mais lorsque j'ai l'air bien ".

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-23.10.69-

A.M. - Souriante - plus détendue, mais
reste à surveiller.

-24.10.69-

A.M. - Déprimée - Est à surveiller.
Dit qu'elle a avalé un comprimé
de cyanure pour en finir.

-25.10.69-

V. - Rentrée à Oheure 30 - Son sac lui
a été retiré sur ordre de l'interne
de garde.

-26.10.69-

M. - Très excitée - A réclamé son sac qui
lui a été rendu -
Est en permission - Ne rentrera pas
ce soir.

-27.10.69-

A.M. - Très excitée - Bruyante ++ - euphorique
Est à surveiller.

V. - Réclame à 22heures30, 2 aspirine -
Souffre de la main dit-elle.

-28.10.69-

M. - Un peu plus calme - A dormi -
Est à surveiller.

A.M. - Toujours à surveiller.

V. - Très énervée au début de la nuit -
bruyante - S'est endormie vers 1heure.

-29.10.69-

M. - Très énervée - agressive - menace de
se jeter sous le métro - Est à surveil-
ler - A eu 40gouttes de Valium.

- Discours Médical - (suite)

- N E A N T -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-30.10.69-

- M. - Très déprimée - crise de larmes vers
12 heures - A refusé d'aller en derma-
to - A accepté 20 gouttes de Valium.
- A.M. - A téléphoné, ne rentrera que demain.

-31.10.69-

- M. - Pas rentrée à 14 heures.
- A.M. - A téléphoné à 16 heures, ne rentrera
que demain après-midi.

-1er.11.69-

- M. - Rentre de permission - Très déprimée -
pleure - Est à surveiller.
- A.M. - Rentrée de permission - agressive -
Réclame à avoir immédiatement un interne,
car elle souffre de bourdonnements d'o-
reilles - Très énervée - A surveiller.
- V. - Se plaint de violents maux de tête.
A eu Aspirine et Glifanan - A geint
toute la nuit en dormant.

-2.11.69-

- M. - Très déprimée - bourdonnements d'oreil-
les - Est partie en permission.

-3.11.69-

- A.M. - Toujours à surveiller - Très déprimée.

-4.11.69-

- A.M. - A fait téléphoné qu'elle ne rentrera
que demain après-midi.

-5.11.69-

- M. - Absente du service à 14 heures.
- A.M. - Rentrée à 17 heures 30.

- Discours Médical - (suite)

-- N E A N T --
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-10.11.69-

- M. - Rentre de permission à 10 heures.
Déprimée - lasse - Est à surveiller.
- A.M. - Son escarre au pied droit se creuse de plus en plus et suppure - La malade ne veut pas se faire mettre des compresses - A peur de faire une allergie - Dit que cela se soignera bien tout seul - Cependant, l'escarre dégage une odeur fétide. Est à surveiller.

-12.11.69-

- A.M. - A mal au coeur - très pâle.

-13.11.69-

- M. - Déprimée - idées de suicide - A surveiller.
- A.M. - Même état - toujours à surveiller.

-14.11.69-

- M. - Déprimée - veut mourir - Est à surveiller.

-17.11.69-

- M. - Rentre de permission titubante - agressive - gestes desordonnés.
- A.M. - Est à surveiller - comportement très étrange - s'inquiète beaucoup pour la santé de son frère - très déprimée.

-18.11.69-

- M. - Très agressive - Refuse les soins de dermatologie.
- A.M. - N'est pas allée à l'audiogramme - Elle devait aller chez son analyste - Est à surveiller - Comportement vraiment étrange - gestes désordonnés.

- Discours Médical - (suite)

- N E A N T -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-19.11.69-

- M. - Déprimée - refuse les soins.
A.M. - Fatiguée - refuse les soins de dermato -
Est à surveiller.
V. - Dort peu.

-21.11.69-

- M. - Anxieuse et agressive - Est à surveiller.
A.M. - Souffre de la gorge.
V. - Sommeil agité - Geint en dormant.

-22.11.69-

- M. - Sans changement - Est à surveiller.
A.M. - Semble mieux - meilleur contact.
V. - Un peu agitée au début de la nuit.
Se plaint de brûlures d'estomac - A dormi.

-23.11.69-

- M. - Triste - A quitté le service en disant que,
faute de permission, elle prenait quelques
heures.
A.M. - Pas rentrée à 22 heures.
V. - Pas rentrée à 6 heures.

-24.11.69-

- M. - Rentrée de permission vers 12heures30.
triste - Est à surveiller.
A.M. - A demandé une permission pour cet après-
midi - Est rentrée à 18 heures.

-27.11.69-

- A.M. - Un peu mieux - Est venue réclamer d'elle-
même les soins de dermato - Mais reste à
surveiller.

- Discours Médical - (suite)

- N E A N T -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-1er.12.69-

- M. - Revient de permission déprimée - Est à surveiller.
- A.M. - Se plaint de nausées - visage très pâle - A surveiller.

-2.12.69-

- M. - Malade très difficile - refuse les soins prescrits par le dermatologue.

-3.12.69-

- M. - Pleure - refuse les soins.

-4.12.69-

- M. - Agressive - refuse les soins.
- A.M. - Grippée - comportement étrange - Est à surveiller - Température 38°8.

-5.12.69-

- M. - Vue par l'interne - Température 38° - Déprimée - A surveiller.
- A.M. - Très fatiguée - Est restée alitée - Ne s'est pas alimentée - Tousse beaucoup - Très pâle - A surveiller.

-6.12.69-

- M. - Est mieux - A demandé une permission - Température 37°3

-8.12.69-

- M. - Déprimée - affectée par le départ d'une malade.
- A.M. - Etait mieux - souriante, mais en revenant de psychothérapie, comportement étrange - fatiguée par sa grippe - Est à surveiller.

-9.12.69-

- M. - Opposante - refuse les soins - Est à surveiller.

-12.12.69-

- A.M. - Fatiguée - Tousse beaucoup.

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(Suite)

-16.12.69-

- A.M. - A toujours de la fièvre le soir -
Température 38°4.
- V. - N'a pas dormi - A lu et tricoté toute
la nuit.

-20.12.69-

- M. - Mutisme - reste alitée - ne s'est pas
alimentée.

-26.12.69-

- M. - Pas rentrée de permission à 14 heures.

-29.12.69-

- A.M. - Rentrée de permission à 16heures. Semble
bien.

-30.12.69-

- M. - Mieux, plus détendue ; cependant reste
à surveiller.
- A.M. - Moins bien cet après-midi - déprimée -
souffre de violents maux de tête - Ré-
clame sans arrêt de l'Aspirine - Ne s'est
pas alimentée - Est à surveiller.

-2.1.70-

- M. - Pas rentrée de permission
- A.M. - A fait téléphoner vers 19heures30, qu'elle
rentretrait dans la soirée.
- V. - Rentrée à 22 heures.

-5.1.70-

- M. - Pas rentrée à 12 heures.

-12.1.70-

- M. - Pas rentrée de permission.

-15.1.70-

- A.M. - A téléphoné qu'elle ne rentrera que de-
main soir.

-16.1.70-

- M. - Est allée chez ses parents, rentrera cet
après midi.
- A.M. - A téléphoné qu'elle ne rentrerait que
demain.

- Discours Médical - (suite)

- BILAN JANVIER 1970 -

- A arrêté la psychothérapie.
- Amélioration du contact.
- Reste très psychotique.
- Intérêt ?
- Dynamisme plus important cependant.

- BILAN FEVRIER 1970 -

- Nouvelle tentative de suicide après reprise de l'analyse - Reste très quémandeuse d'amour.
- Cette fois, la tentative de suicide se joue chez ses parents pour la première fois.

- 1er.2.70-

- SORTIE -

c
o o

- 2.2.70-

- Sa mère l'a conduite à l'hôpital -
Pas de coma.

c

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-19.1.70-

A.M. - Très énervée.

-22.1.70-

A.M. - A fait téléphoné qu'elle ne rentre-
rait pas ce soir.

-23.1.70-

M. - Absente du service.

A.M. - Absente au repas du soir - Rentrée à
20 heures - A surveiller.

-26.1.70-

V. - S'est endormie vers 5 heures du matin -
A lu toute la nuit avec une lampe de
poche.

- 27.1.70-

M. - Moins bien - est à surveiller.

A.M. - Est très à surveiller - idées de sui-
cide ++ - Très énervée.

-31.1.70-

M. - Est mieux - meilleur contact - aide à
la cuisine.

-1.2.70-

- SORTIE -

o

o o

- HUITIEME HOSPITALISATION -

du 2 Février 1970 au 31 Mars 1970

- durée 2 mois -

- ENTREE -

- Revient de l'Hôpital B... après tentative
de suicide chez ses parents.

- Diagnostic -

- Malade du service - Réintégration après
coma salicylé.

- SORTIE -

- Diagnostic -

- Border-line en cours d'analyse.

- pour -

Sort pour aller 8 jours à la campagne.
A reprendre au retour.

- HUITIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

-2.2.70-

Mon Cher Confrère, Mademoiselle L., a eu une intoxication par ~~Aspirinol~~... ; son coma fût léger, et de courte durée... Nous vous la rendons ...

- Diagnostic entrée -

Malade du service.

Réintégration après coma.

- Observation médicale -

Retour de l'Hôpital B..

Réveillée, mais encore obnubilée - T.A. faible - pouls filant - Surveillance.

-16.2.70-

Veut me voir pour la première fois : " Qu'est-ce que cela veut dire de faire à chaque fois un suicide " ?

Structure psychotique de plus en plus nette avec instinct de mort pregnant.

- HUITIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-2.2.70-

- A.M. - Entrée à 20heures10 - Confuse et délirante -
consciente - cependant est à surveiller -
Prendre pouls et T.A. toutes les heures.
- V. - Souvent réveillée - A eu un Binotal -
Bien réveillée à 5heures - A bien bu - Au
cours de la nuit s'agite dans son lit et
crie.

-3.2.70-

- M. - Se plaint de vertiges - A vomi - Ne s'ali-
mente pas - A bu.
- A.M. - Fatiguée - A vomi - Cependants, semble plus
gaie - boit bien - S'est peu alimentée.

-4.2.70-

- M. - Est mieux - Très entourée par les malades.
S'est alimentée.

-7.2.70-

- V. - S'est endormie vers 1heure30 - Semble
anxieuse.

-9.2.70-

- A.M. - Rentre à 19heures30 - Semble très déprimée -
Est à surveiller.

-17.2.70-

- M. - Déprimée - énervée - exprime des idées de
suicide - Est à surveiller.
- A.M. - Reste à surveiller.

- Discours Medical - (suite)

- N E A N T -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-18.2.70-

- A.M. . Très ennuyée que Melle X. parte bientôt -
triste,
V. - S'endort toutes les nuits vers 2heures.

-19.2.70-

- V. .. S'est endormie vers 4heures - tricote et
lit dans son lit.

-20.2.70-

- M. .. Va et vient dans le service - semble tris-
te du départ de Melle X.(malade)
V. .. S'est endormie très tard.

-23.2.70-

- V. - S'est endormie très tard (2heures).

-24.2.70-

- A.M. - Reste déprimée - fatiguée - A surveiller.
V. - S'est endormie vers 3heures.

-25.2.70-

- A.M. .. Semble déprimée - Est à surveiller.

-26.2.70-

- A.M. - Triste, ne s'entend pas avec sa voisine
de chambre.

-27.2.70-

- A.M. - Ne supporte pas sa voisine de chambre qui
la réveille toutes les nuits.
V. - S'est endormie vers 3heures - lit.

-28.2.70-

- M. .. Enervée - sa voisine la dérange la nuit -
Se plaint d'insomnie.

-2.3.70-

- V. - A lu une bonne partie de la nuit. S'est
endormie vers 4heures.

-3.3.70-

- V. - S'est endormie vers 1heure.

-7.3.70-

- M. - Excitée - agressive.

-11.3.70-

- V. - Restée à la télévision jusqu'à 23heures30
avec d'autres malades - Refuse de monter
se coucher plus tôt.

-27.3.70-

Après tentative de suicide chez elle, revient et accepte la condition hospitalière.

S'occupe de son neveu au cours de ses permissions.

A repris la psychothérapie.

Veut une permission de 8 jours.

A reprendre au retour.

-31.3.70-

- SORTIE -

o

o o

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -
(suite)

-16.3.70-

V. - S'est endormie vers 3heures.

-17.3.70-

V. - S'est endormie vers 1heure - Parle très fort avec une autre malade - bruyante.

-18.3.70-

A.M. - A téléphoné qu'elle ne rentrerait pas ce soir.

-20.3.70-

V. - S'est endormie vers 2heures.

-25.3.70-

V. - Se plaint de l'estomac - S'est endormie vers 2heures.

-26.3.70-

A.M. - Demande à voir le Docteur E..

-31.3.70-

- SORTIE -

o

o o

-- P O S T -- C U R E --

I.- 5 AVRIL 1970 - Lettre de Melle L...au docteur E..

Bonjour. Je vous écris pour vous prévenir que je ne rentrerai à l'hôpital que la semaine prochaine. L'existence hors de l'hôpital ne m'est pas possible qu'à la condition de rester enfermée, en loccurence chez Madame X.. Son fils a la rougeôle. Enfin, finalement une vie sur protégée et je tourne en rond et je ne peux plus écrire. Je me sens vide et c'est peut-être mieux.

2.- 20 JUILLET 1970 - Consultation -

A trouvé une activité assez marginale : poterie avec des copains - Semble s'isoler de la famille et de l'analyste.

3.- 10 OCTOBRE 1970 - Consultation -

Inscrite en psychologie, à l'Université. Fait la part des choses de la "folie" et de la "flicailerie".

Doit faire un stage dans un asile, chez les déments séniles.

A arrêté h'analyse.

- NEUVIEME HOSPITALISATION -

du 14 Décembre 1970 au 14 Décembre 1970

- durée un jour -

- ENTREE -

Vient d'elle-même.

- Diagnostic -

Rechute dépressive.

- SORTIE -

- Diagnostic -

Névrose hystérique.

- Entre et sort le même jour. On peut se demander si elle ne voulait pas être rejetée -

A quand la prochaine tentative de suicide ?

- NEUVIEME HOSPITALISATION -

- Discours Médical -

-14.12.70-

- Entre d'elle-même.

- Diagnostic entrée -

- Rechute dépressive.

- Observation Médicale -

- Vue régulièrement depuis sa sortie.

- Demande d'être en hospitalisation de jour, par
pour des autres.

- Entre et sort le même jour.

- On peut se demander si elle ne voulait pas être
rejetée.

- A quand la prochaine tentative de suicide ?

- Diagnostic sortie -

- Névrose hystérique.

- Entre et sort le même jour sans donner d'explica-
tion.

o

o o

- NEUVIEME HOSPITALISATION -

- Discours Infirmier - Rapport des Equipes -

-14.12.70-

M. - Mademoiselle L., calme.

A.M. - A fait dire par une malade qu'elle ne pourrait pas rentrer à l'hôpital ce soir, étant trop angoissée. Reviendra demain voir le Docteur E.. Avait demandé une permission qui lui avait été refusée et était pourtant d'accord pour rester, en début d'après-midi.

o

o c

- P O S T - C U R E -
=====

- 20 MARS 1971 - Consultation -

A connu la mort des autres, pendant son
stage dans un asile - A vu mourir les vieilles.

Plus maigre - mieux habillée.

- MAI 1971 - Consultation -

Poursuit ses études de psychologie et son
stage à l'asile.

Maquillée - coquette.

Devient une femme.

o

o o

- CHAPITRE II. -

- ENTRETIENS ENREGISTRES SUR MAGNETOPHONE -

avec :

- La surveillante du matin en 67-68.
- La surveillante du matin depuis 1969.
- L'équipe de l'après-midi.
- L'ergothérapeute du service.
- L'infirmière du matin qui avait Melle L.,
dans son groupe.

I.- Entretien avec la surveillante de l'équipe du matin de la
première période d'hospitalisation.

"Elle n'était pas toujours après-nous. Je ne sais pas vous dire ".

- "Ses tentatives de suicide " ?

"Elle n'est pas tellement suicidée de mon temps ; il y a des trucs qui ne se passaient pas le matin ; moi, je lui disais carrément : "fichez-moi la paix ". Plus on s'en occupe, certaines malades, plus ça va mal ; ça c'est vrai !".

"Elle allait et venait comme elle voulait, pas besoin d'être sur son dos tout le temps. Ça fait plus de deux ans.."

"Elle nous avait fait une tentative de suicide (tentative de suicide faite dans le service au cours de la 3ème hospitalisation) ; à l'époque, on l'a trouvée un matin dans un état comateux ; ça allait mal dans le service, à 6 heures du matin on ne rigolait pas ! C'est l'interne qui s'en est occupé, comme elle restait dans le coma". "Là, c'était de la rigolade, c'était l'histoire d'embêter quelqu'un ; pas nous, parce qu'elle nous aimait bien ".

- "Ce n'était pas le matin ; comment ça ? "

"Je le sais ; ça se sait, on s'entendait bien ; le matin, ça marchait ; c'était avec l'après-midi que ça accrochait. Quand on s'accroche pas avec une malade c'est que ça va bien - "ça va L..? , oui ça va ". Bon, ça y était, elle était contente ".

"Le jour de sa tentative de suicide, ça allait mal ; je ne sais pas ce qu'il y a eu ; je crois que c'était par rapport à

sa famille. Je trouve que sa famille la gâtait de trop : des billets de mille, ça valsait, des liasses ".

"C'est elle qui s'ait choisi des vêtements comme ça ; mal habillée ".

-"Elle est entrée la première fois à la suite d'une tentative de suicide " ?

" Je me souviens pas qu'elle est arrivée après un suicide de l'hôpital F.."

"Elle était mieux dans le service que chez elle. Dans 10ans si vous ne la mettez pas dehors, elle sera encore là. Elle n'a jamais plus travaillé. Quand elle disait qu'elle faisait du journalisme, c'était de la blague. Elle n'est pas allée à son concours, quand elle disait y être allée ".

"C'est marqué dans le dossier ; on a assez fait de réunions là-dessus avec l'assistant. - Les fâmeuses synthèses ! "-

"Elle avait voulu partir en Israël, un moment. En fait, elle a atterri dans le midi, faire la vaisselle pour je ne sais combien de personnes ; ça lui a pas plu, elle est revenue".

"Vous savez, moi je dis, qu'elle a été trop gâtée chez elle".

"En passant devant le bureau, sans s'arrêter, elle disait : "je suis mieux ici, mes parents sont cons" - des choses comme ça- Elle était pourrie cette fille là ". " Mais ils ne la considéraient pas comme une épileptique, un moment, il paraît.."

"C'est vrai qu'elle était toujours habillée comme une cloche, mais c'est elle qui se les choisit comme ça. Remarquez, c'est la mode !".

"Des chaussures sans chaussette, sans rien ; ses tatanes, on dirait qu'elle les avait trouvées dans une poubelle ".

"Et ses parents sont bien, bien, bien habillés, sa mère, son père aussi.

-"Avec les infirmières" ?

" Sans histoire ; avec le matin, elle s'accrochait jamais, c'est avec les infirmières de l'après-midi".

"On n'était pas là pour les dresser" (les malades).

"Elle était plus agressive l'après-midi que le matin ".

"Nous, on avait autre chose à faire, on leur fichait la paix aux malades ".

"Moi, j'étais de l'après-midi, j'étais pas anxieuse ".
Quand on sait ce qu'on a à faire, on le fait. Faut pas toujours être sur leur dos, c'est ça qui les énerve : "faites pas çà ; faites pas ça ! ; recommencez pas aujourd'hui ce que vous avez fait hier " ; ça elles le disent carrément : " ne recommencez pas " .

"Nous, on n'en parlait jamais. C'était fini, c'était passé ; jamais on ne remettait ça sur le tapis -(il s'agit des tentatives de suicide de la malade).

-"Que pensez-vous des services fermés " ?

"C'est dur de se retrouver en service fermé ; il y a des malades, il faut tout leur faire, depuis la toilette du matin. C'est pas drôle, mais il faut le faire".

"Certaines infirmières préféreraient être en service fermé ; moi, je sais il y a des malades qui avaient été en service fermé, qui préféreraient y retourner parce qu'on s'occupait d'elles ; tandis que là, il y a certaines qui ne supportent pas d'être abandonnées comme elles le sont à H.R.."

"Moi, j'ai vu des infirmières qui se moquaient des malades qui ne se débarbouillaient pas ; moi, j'ai dit : "écoutez, faites-le, prenez-vous par la main, ne vous moquez pas des malades, à quoi ça rime ça ". A H.R., on les a éduquées comme ça !"

-"Est-ce que Melle L.. aurait justifié d'un service fermé ? "

"Peut-être bien que oui. Elle n'aurait pas fait toutes ces tentatives de suicide en service fermé, parce que là, elle va y rester un de ces quatre matins ; ça c'est presque sûr ! "

"Elle veut peut-être pas mourir, mais pour intimider son entourage ; moi je crois, qu'elle finira comme ça ; un jour, elle va vraiment y rester " .

-"Et sa mère " ?

"Elle voulait surtout s'en débarrasser, pour pas avoir de pépin".

"La mère ne savait pas ça, pas ça, ne savait pas ce qu'il fallait faire, que personne ne lui avait jamais donné de ligne de conduite ; le médecin allait dans son sens " .

"Elle venait la voir souvent". "Nous, on n'assistait jamais à ce genre d'entretien. C'est un tort !".

"Ses parents voulaient qu'elle sorte vite parce qu'ils payaient. C'est pour ça que la mère venait souvent. Oh ! vous savez, ils la préféreraient sûrement mieux là que dehors, parce que dehors, elle se serait suicidée encore plus vite".

"Quand elle est sortie, elle a fait du secrétariat ".
"Elle disait avoir passé le concours de journaliste, mais elle ne l'a jamais passé ".

-"Qu'est-ce que ça aurait donné en service fermé ces filles-là ?"

"Je ne sais pas ; une fois allées en service fermé, ces filles là, elles ne recommencent plus. Elle y aurait été un mois, ça lui aurait peut-être suffi et après on lui aurait dit : "attention ! hein ! bon !".

-"Modifications de la relation avec les médecins ?"

"Ça allait mieux, ils étaient plus gentils, moins hautains. Les internes que j'ai eu début, ils nous prenaient vraiment pour le torchon ".

-"Les malades ont-elles changé ?"

"Evidemment qu'elles ont changé ; vous n'avez pas connu les agitées, vous, heureusement". "Avant le Largactil, si vous aviez connu ça ; quand je suis arrivée à Sainte-Anne, je dis : "ma parole, c'est la cage à fauves ; je venais de Villejuif, je disais : "qu'est-ce que c'est que ce bazar là ?"

"Avec le Docteur X..., on faisait des travaux sur l'arthrose des malades mentaux. Je disais : "c'est parce qu'elles étaient tabassées à longueur de journée par les infirmières, parce qu'elles étaient agitées et que les médecins ne les soignaient pas ". "Du jour qu'il est parti, ils ont essayé de lever les malades ; elles ne pouvaient pas, tellement elles avaient été écartelées ; elles ne pouvaient plus marcher ".
"C'est pas croyable des trucs pareils !" "J'étais scandalisée ; on les attachait où j'étais ; plus vous les attachez, plus elles s'agitent ; forcément, on se débat, c'est normal ; plein le dortoir, attachées ".

"Ça m'a fait du bien d'aller à H.R. ; j'ai dit : "c'est un dispensaire au début !" Les malades faisaient leur chambre le matin ; elles n'avaient pas le droit de quitter leur chambre avant d'avoir balayé ; tandis-que maintenant, on leur fait tout ; si les infirmières ont le temps, elles le font, sinon tant pis. On leur fiche la paix ".

"Les malades, en service fermé, on était toujours en contact avec elles. On les voit pas les malades là ; elles sont toujours parties ".

"On discutait avec les malades ; aujourd'hui, on n'a aucun contact ".

"Ce n'est pas intéressant l'après-midi ; tandis que le matin, on est là au lever, on les voit pour le déjeuner ; après, j'allais discuter avec elles au salon, ça leur faisait plaisir ; quand je le pouvais, car quand j'avais un médecin sur le dos, c'est du boulot ! ; j'avais le téléphone. On me critiquait parce que j'étais pas toujours aimable, c'est pas marquant ! Enfin, je râlais ; je me faisais engueuler de tous les côtés, puis j'avais des problèmes chez-moi".

2.- Entretien avec la surveillante de l'équipe du matin depuis 1969

- "Son suicide" ?

"Je me demande s'il ne se passerait pas la même chose ailleurs que dans le service et, le dernier suicide qui a eu lieu, là, était je pense, en rapport avec l'anxiété qu'elle avait pour la maladie de son frère ".

"Elle était très inquiète quand elle a su que son frère avait un cancer ; je pense que c'est lié un peu à cela ".

"C'est assez imprévisible les périodes où elle fait ses tentatives de suicide. Est-ce qu'elle pense qu'en le faisant ici, elle a davantage de chances de se récupérer que, si elle le faisait chez elle ?" "C'est la question qu'on s'est posée à maintes reprises ".

"C'est difficile !"

"Il y a presque toujours - les infirmières vous le diront mieux que moi, elles la connaissent mieux -, des histoires familiales à l'origine de ses tentatives de suicide".

"Cet été, elle a été très mal à une certaine période, au moment où sa mère avait été hospitalisée".

"Il y a une période où elle a été plus aimable, avec un contact meilleur et après, elle était redevenue assez difficile au moment où elle a appris que son frère avait un cancer".

"Ou, est-ce qu'elle s'en sert ; tout est là !"

-"De quoi ?"

"De ces maladies là, pour nous montrer ; de ces ennuis familiaux, si je puis dire".

-"Je ne connais pas Melle L.."

"Il est bien évident qu'elle donne l'impression qu'elle est la râtée de la famille parce qu'elle est malade ; il n'y a qu'elle qui est malade, malade mentale ; les autres maladies ça ne représente peut-être pas la même valeur ; je ne sais pas moi". "Elle se rend bien compte qu'elle ne peut rien faire". "Elle n'est pas bête cette fille". "Les parents sont pharmaciens" "J'ai l'impression qu'elle sent bien que la famille n'est pas très accrochée à elle".

"A un certain moment moi, j'ai eu la mère au téléphone, pour me demander des nouvelles, le jeudi, sachant que la fille n'était pas rentrée de permission le lundi ; elle était absente de chez nous ; elle n'allait pas bien du tout ; il aurait pu se passer des tas de choses entre temps". "J'ai répondu d'une façon dure à la mère : "Madame, si lundi elle n'était pas bien, c'est aujourd'hui, jeudi, que vous vous en inquiétez". C'est vrai dans le fond !"

"Le dernier suicide, ça s'est passé là, que j'étais absente pendant quelques jours ; je pense qu'elle était anxieuse par la maladie de son frère". "Ça la touche quand même".

-"Quand même ?"

"On a l'impression que ça la touche malgré tout".

-"Vous n'étiez pas là ?"

"Non, je n'étais pas là. C'était un week-end, quand je suis revenue, on m'a dit : " on a dû hospitaliser Melle L.. elle a fait une tentative de suicide ". "J'aurais été là, ça n'aurait rien changé, d'autant que moi, je n'avais pas un très bon contact avec elle ; à une période, j'en avais même un très mauvais ".

-"Ah, oui !"

"Je suis arrivée dans le service au moment des vacances, le médecin s'absentait, c'était au moment où on se posait la question : s'il fallait la garder ? Monsieur X.., le remplaçant ; c'est moi qui l'ai introduite auprès de Monsieur X.. ; est-ce que c'est la goutte qui a fait déborder le vase ?" ; est-ce qu'elle a mal supporté ça ? Je sais qu'elle a dit : "cette surveillante, je ne peux pas la voir, je ne peux pas supporter sa voix " ; et puis, elle a commencé à venir me parler à ma voiture, lorsque je partais à 2heures ; ça s'est amélioré, mais c'est resté assez distant ; mais vous voyez, elle demandait ses permissions à une infirmière, pas à moi. Elle m'a boudé pendant les vacances et après les vacances, jusqu'à octobre à peu près". "Après, elle avait repris sa psychanalyse, elle avait eu une période de mieux".

"Elle a fait une tentative de suicide, à présent, ça va peut-être un peu mieux".

"Elle était dans le coma. Elle était bien secouée. Elle avait pris une bonne dose. Elle a des tas de facilités pour se procurer des médicaments. Elle s'était fait une ordonnance, c'est possible ; ou bien alors, les malades ne prennent pas les médicaments qu'on leur donne le soir. Vous savez c'est facile, elles accumulent les médicaments pendant une huitaine de jours, et c'est facile chez nous de faire des tentatives de suicide. Il faudrait tout leur donner en gouttes ; en gouttes, elles refusent, ça leur fait mal à l'estomac ; elles ont toujours une bonne raison".

"Alors là, il y a une quinzaine de jours, je disais au docteur E.., quand il faisait si froid, je me suis demandée si elle n'essayait pas un autre mode de suicide ; elle sortait

sans rien sur le dos. J'en avais parlé. Vous croyez pas que c'est un autre mode de suicide ? "Souvent, elle m'a dit : "je me laisserais crever ".

"Guéris, ses escarres, je ne sais pas s'ils sont complètement finis . c'était dû à l'intoxication des médicaments, d'après le dermatologue, mais elle ne faisait rien pour qu'ils guérissent vite. Elle refusait les soins de propreté, le traitement ; elle les acceptait quand ça lui chantait. C'est là que l'infirmière du matin a eu un très mauvais contact avec elle, quand elle allait lui faire ses soins ; si elle avait décidé qu'elle n'en voulait pas, elle envoyait promener l'infirmière ".

-"A-t-elle parlé de sa tentative de suicide avec vous ? "

" Non jamais ; moi, personnellement jamais ".

-"Quelle est la relation avec vous ?"

"Elle a peu de contact, malgré tout, demande une permission, dit bonjour en passant dans le couloir ".

(interruption de l'entretien liée à un incident technique d'enregistrement).

3.- Entretien avec l'équipe de l'après-midi -

"Qu'est-ce qu'on va pouvoir dire ..." ?

-"Elle s'est suicidée dans le service "?

"Pas la dernière fois, mais l'avant dernière était grave. Ce sont les veilleuses qui l'ont trouvée à 11heures30 du soir, et elle vomissait du sang. Elles ont eu l'impression que c'était du sang et elles ont pris la canule - vous savez pour les électrochocs - parce qu'elle étouffait et le temps de la transporter en neuro ; -heureusement qu'elles avaient des canules, parce qu'elle était très encombrée ".

"Le lendemain, elle est allée en réanimation ".

"Elles l'ont trouvée tout de suite les veilleuses ".

"Elle est rentrée fatiguée et en très mauvais état ; les escarres ne sont pas encore guéris ". "Ils ont duré 6 mois ".

-"Elle acceptait les soins ?"

"Elle n'a presque jamais rien eu comme traitement ".

-"Oui, mais pour les escarres ?"

"C'était très fantaisiste, le matin d'abord et puis l'après-midi ; elle les acceptait mieux l'après-midi ".

"Les infirmières avec elle, c'est par période ; tantôt celle-ci ; tantôt l'autre ". "En ce moment, c'est l'équipe du matin qu'elle ne peut pas voir ".

"Si, maintenant ça y est avec son infirmière du matin, ça marche maintenant ".

"Sa maman m'a téléphoné qu'elle était très attachée à l'équipe de l'après-midi ".

"Pourtant avec nous, rien ne le laisse voir, elle est très indifférente ".

"Mais son comportement à la cuisine, elle s'occupe à la cuisine, chose qu'elle n'a jamais faite, parce qu'elle le fait d'elle-même, sans qu'on lui demande, mais ça lui plait ".

-"C'est récent " ?

"En deux ans, c'est la première fois ".

"C'est vraiment la première fois ".

"Celle qui a le plus de contact avec elle, c'est l'ergothérapeute ".

-"Est-ce que quelque chose a changé depuis sa première tentative de suicide ?

"Le contact est meilleur ".

"Ah oui !"

"Ah oui !"

-"Aurait-il fallu la mettre dans un service fermé ?"

"Oh non, elle ne se plait pas ".

"Non, elle est très indépendante. Elle n'accepterait pas".

"Dans la journée, elle va, elle vient, elle sort, elle fait ce qu'elle veut ".

"C'est pas une solution".

"La maman était seule quand c'est arrivé -(il s'agit de la dernière tentative de suicide)- Elle m'a dit : "elle n'a jamais été aussi bien ".

"Elle avait sa petite robe qu'elle a, été comme hiver".

"La maman est cardiaque ".

"Le père était dans sa maison de campagne ".

"Et dans la nuit, la maman s'est réveillée ; vous voyez, elle donnait des coups de pied dans la porte de l'armoire ".

"La maman s'est levée. Elle n'était pas dans le coma".

"La maman pense que c'est ce qui l'a sauvée".

-"Elle vous a dit quelque chose en entrant ?"

"Elle a dû nous reconnaître, elle s'est calmée aussitôt ; elle n'a pas bougé ".

"On aurait dit que c'était des grognements : "mman, pardonne moi ".

"On n'aurait pas dit que c'était une voix humaine ".

-"Elle ne fait pas très bon ménage avec la surveillante du matin ?"

"Nous, on ne parle jamais de ça ".

"Elle était très attachée à la précédente ".

"Elle s'est heurtée avec l'actuelle ".

"Elle ne supporte pas qu'on soit trop sévère, qu'on crie sur les malades. Elle dit : "elle n'arrête pas de gueuler".

"C'est un cas ! On la connaît depuis si longtemps ".

"Elle observe toute chose ; elle sait quand il y a quelque chose dans le service ; elle le sait, c'est vrai !"

"C'est aux réunions surtout, à propos d'une malade ; elle sait toujours tout ; c'est toujours juste ce qu'elle dit ".

"Ou alors, elle est agressive envers le personnel ; ou alors envers le médecin ; qu'est-ce qu'elle peut-être agressive...! Quand il y a quelque chose qui pose problème dans le service : une malade difficile, elle dit qu'on ne fait rien ; que c'est pourtant notre travail ; qu'on est là pour ça ".

"Ce qu'elle reproche à son médecin, c'est que devant le suicide, il ne fait rien ".

-"Il ne fait rien ?"

"Elle parle d'autres malades, mais c'est surtout pour elle qu'elle parle ".

"Elle nous a fatiguées ".

-"Les moments avant ou après les tentatives de suicide ?"

"Rien ne pouvait le prévoir ".

"Samedi, elle jouait "aux dames " avant de sortir - avec une psychologue -"

"Justement, la psychologue partait en vacances, on voulait attendre sa rentrée, pour lui demander si elle s'était aperçue de quelque chose ".

"Sa maman nous avait justement dit qu'elle était très bien dimanche ".

"Sa maman était seule, il a fallu faire appeler le père".

-"Difficultés familiales ?"

"Elle accepte très mal que ses parents soient âgés".

"Elle est la 6ème, elle accepte très mal ".

"Et elle n'est pas assez gâtée. Elle le dit ".

"Elle a des ennuis avec un de ses frères très malade ".

"Elle était bouleversée cet été, quand elle l'a appris. Elle y est très attachée, il n'est jamais venu la voir ".

"Non, personne ne vient la voir ; elle a des permissions quand elle veut ".

"Elle a une personne de sa famille qui travaille dans l'hôpital et qui a eu un bébé. Elle a dit : "encore un malheureux", quand il est né : "encore un malheureux de plus".

"Autrement, elle ne parle pas très souvent de la maladie de son frère ".

"Elle était dans un état ce jour là ; des gestes complètement désordonnés, incohérents ; dans un état ! ".

"Qu'est-ce que tu as ? " " Quand on a un frère qui va mourir, comment voulez-vous que ça aille ".

"Autrement, elle ne parle pas ; si elle a des soucis, un ennui. Elle est très renfermée ".

-"Pourtant, l'importance de l'entourage ?"

"Elle se sent en sécurité là ".

"Elle cache son jeu ; elle fait l'indifférente, en fait, elle observe tout ".

"Depuis quelques jours, elle a une jeune malade dans sa chambre ; l'autre jour, elle est revenue de permission avec

une grande sucette. Je lui dis : "qu'est-ce que tu fais " ? Elle me dit : "ben, c'est pour la même !". "Vous voyez, qu'elle est quand même...; elle a des gestes qui montrent qu'elle s'attache ".

"Elle est sortie avec L., l'autre fois aussi ".

"Elle s'intéresse quand même au service ".

"Elle nous a adoptées et puis voilà ".

"Elle aime bien sortir aussi ".

"Ça dépend ".

"Pour ses pansements, elle refusait certaines personnes - c'était toujours Madame X.. - si elle n'était pas là, fallait pas lui faire ".

"Maintenant c'est fini. En dernier, elle les faisait elle-même ".

"Je ne sais pas combien elle a fait de tentatives de suicide ". ?

"La maman a dit : "elle s'est encore manquée ".

"C'est pas des choses à dire ". !

"Ils doivent vivre dans l'inquiétude ces gens là ".

"Sa mère doit être dure ; plusieurs fois, elle nous l'a ramenée après le coma, elle nous disait : "pour une comateuse, elle ne se porte pas trop mal, n'est-ce pas !" - ou alors la mère doit pas la prendre au sérieux, pour avoir cette attitude".

- "Et ses suicides ? "

"Je ne comprends pas parce qu'elle a très peur ; elle a peur de la mort ".

"C'est dans son dossier".

"Elle voudrait mourir et voir les gens se transformer en statue de sel ".

"On n'a jamais vu le père et sa mère a été hospitalisée cet été, elle est allée la voir. Elle dit : "ben, comme ça, elle verra ce que c'est d'être hospitalisée " - ou alors, quand elle rend visite à sa mère, elle est dans son journal, elle fait autre chose, elle ne s'occupe pas d'elle ".

"A sa dernière tentative de suicide, elle est venue la voir, elle tricotait ".

"Problème familial, on ne sait pas ? Il n'y a pas l'auto-

rité familiale ".

- "Quels problèmes ça vous pose ces répétitions " ?

"On n'est jamais très rassuré avec elle ".

"On est toujours entrain de la surveiller de près, continuellement ".

"Où on s'y attend le moins ".

"Elle le dit quand même, quand elle a envie de se suicider ".

"Elle dit : " je vais me jeter sous le métro ".

"Il y a quelques jours qu'on sait qu'elle n'est pas bien; elle le dit ".

"Elle vous a dit ça " ?

"Quelque fois, elle le crie même dans les escaliers".

"C'est vrai, elle le dit quand même ".

"Quand elle le dit, j'ai pas l'impression qu'elle ait l'intention de le faire ".

"Quand elle le fait, au cont aire, elle est assez renfermée ".

"Ben ! au mois de juillet, on l'a entendu qu'elle allait se mettre sous le métro ".

"Celle qu'elle a faite, si grave " !

- Elle dit le métro, elle prend les médicaments " ?

"Ses parents la surveillent ".

"Elle dit qu'elle a toujours ce qu'il faut sur elle ; alors elle regarde les doses qu'il faut ".

- A la surveillante : "il y a trois ans, quelle impression en aviez-vous ?

"Très hermétique, très indifférente. On n'a jamais eu un contact comme avec les autres malades ; très indifférente. Ça l'agace, elle ne veut pas qu'on s'occupe d'elle. On a l'impression, comme ça. Elle ne vient jamais vers nous, comme les autres nous parlent ".

"Elle ne s'occupe pas ".

"Elle faisait la vaisselle ".

- "Elle dessine ".

"Oui ".

"Elle lit beaucoup, des histoires assez bizarres ; elle en faisait des cauchemars ". -"enterrer les gens vivants - affreuses ".

"Quelqu'un l'a abonnée au" monde ", mais elle ne lit pas".
-(à propos d'une infirmière absente)-

"Elle la connaît sous un jour différent ; elle est plus spontanée que nous avec elle ".

"L'oiseau bariolé, c'est l'infirmière qui lui a prêté ".

"Non, c'est la malade ".

"Sous son air indifférent, elle aime énormément qu'on s'occupe d'elle ".

"Oh non !"

"Si !".

4.- Entretien avec l'ergothérapeute du service -

"On a été plus d'un an sans la voir, en 1968, elle travaillait dans un centre d'hygiène mentale ".

-"Ses tentatives de suicide " ?

"Elle en a fait une en juillet ".

"Et en septembre, octobre ; je me souviens, elle me disait qu'elle voulait se suicider : se jeter dans les escaliers ; je ne me rappelle pas très bien ".

"Je me rappelle très bien après parce qu'avec une infirmière de l'après-midi, on a fouillé dans ses affaires ; ça s'était passé le soir ; on l'avait découverte dans le coma ".

"Non, je ne m'en souviens plus ".

"En juillet, je me souviens très bien. J'avais un très, très bon contact avec elle ; beaucoup étaient parties en vacances, elle venait passer des heures avec moi à discuter ; on était toute seule en bas, rien ne laissait penser qu'elle allait se suicider quelques jours après. Elle est toujours très excitée avant son suicide ".

-"Vous l'avez trouvée excitée ?"

"Un petit peu, oui " "A cette époque là, elle criait : "je veux me tuer", à tue-tête dans le service ; moi, j'ai remarqué qu'à chaque fois qu'elle faisait quelque chose, elle était très excitée ; elle faisait des trucs qu'elle ne fait

jamais d'habitude ".

-Oui " !

"Elle parle beaucoup avec le personnel ; elle a un très bon contact. Elle s'occupait beaucoup à l'ergothérapie : des collages, des poupées ; après sa tentative de suicide, c'était fini elle ne venait plus, puis c'est revenu petit à petit ".

"Je suis partie en Août, avant elle critiquait tout ".

"A moi, elle disait qu'elle voulait se suicider, comme à tout le monde ".

"A moi, elle parlait beaucoup de sa famille, de ses frères, de sa mère, de ses belles-sœurs avec lesquelles elle s'entend bien. Elle reproche beaucoup à l'une de ne s'occuper que de son métier et pas de ses gosses ".

"Elle critique beaucoup ses parents ; surtout sa mère, mais on a l'impression qu'elle y tient, qu'elle l'aime ".

"Quant à son père, il est distant, par exemple : il n'est jamais allé manger chez ses fils. Alors, il est allé s'acheter une maison à la campagne avec aucun confort, paraît-il, pour que personne ne vienne le déranger et pouvoir passer 2 ou 3 jours tout seul " " Des petits trucs comme ça ".

"Et puis surtout, de se suicider ; elle en parle à tout le monde ".

"Elle veut se brûler dans le jardin, se jetterait sous le métro ; elle dit : " qu'elle en a marre de la vie, que la vie est con, qu'on ne la soigne pas ". "J'ai l'impression qu'elle nous raconte ça pour nous avertir ".

"Elle n'a pas envie de le faire ; ou si elle en a envie, elle nous prévient pour qu'on puisse éviter de faire ça ".

"C'est une fille qui a besoin qu'on s'occupe beaucoup d'elle ; des fois elle dit : " oh, on ne me materne pas ! je voudrais être maternée ; tout ça ".

"D'ailleurs, quand elle est sortie de son dernier suicide, lundi, elle a dormi toute la journée et mardi, elle était levée ; elle me dit : " Tu te rends compte, je suis déjà debout"; je lui dis : " c'est bien " - "Ah oui, j'aurais dû rester au lit, je ne me suis pas assez fait maternér ".

-"L'avant-dernier suicide "?

"Je crois qu'elle était en permission ".

"Il faudrait qu'on note tout ça, qu'on réfléchisse "...

"Oui, j'étais dans le service ".

"Elle a été trouvée par une infirmière du matin ".

"On l'a emmenée en réanimation ".

-"Qu'est-ce que vous pensez de toutes ces tentatives " ?

"Elle doit avoir peur ".

"Moi, je sais que je l'aime beaucoup " - "ça me fait quelque chose ; on est attachée à elle, on discute, on la connaît elle est sympathique ".

-"Vous étiez-là ? "

"Au mois de juillet, j'étais là ; en octobre aussi, je devais être là ".

"Elle avait dû ramener des médicaments de chez ses parents ; elle était allée en permission la veille ".

- "Qu'est-ce qu'elle dit " ?

"On m'a ropéchée, mais de toute façon, ça ne fait rien, je recommencerais ".

-"Sa psychanalyse ? "

"Il y a un mois, elle m'a dit qu'elle n'allait pas le voir; j'étais habituée à la voir partir trois fois par semaine ; elle n'y allait plus. Elle m'a dit : "je lui dois du pognon, il attendra ".

-"Avec les autres malades "?

"Là, ça va, mais il a été des périodes où elle était très agressive, ne supporte personne ; elle fuyait tout le monde ; restait couchée ou partait des journées entières ".

-"Aux réunions "?

"Elle parle, c'est elle qui mène souvent le débat ; ces temps-ci, elle parle beaucoup moins qu'avant ; il a été une période où elle n'arrêtait pas d'intervenir ".

-"Qu'est-ce que vous pensez de ce genre de malade "?

"Je n'en sais rien ; c'est difficile à comprendre ".

"Je pense qu'on n'a pas une formation qui nous aide ".

-"Est-ce qu'elle pose le problème d'un service fermé " ?

"Moi, je ne pense pas ; j'ai l'impression que pour elle, un service fermé, ce serait encore pire ".

"En service fermé, j'ai l'impression qu'elle y passerait, qu'elle ne pourrait pas s'en sortir ".

-"Oui, pourquoi ? "

"Ici déjà, elle est très angoissée. Elle supporte très très mal que les portes soient fermées le matin et le soir ; elle supporte très très mal que les portes soient fermées quand une malade risque de s'échapper, par exemple ".

"Elle pose un tas de questions : et pourquoi la porte est fermée ? et pour quelle personne ? et quand est-ce qu'elles seront ouvertes ?"

"Je trouve qu'elle est angoissée rien que par cela ; elle est sans cesse entrain de sortir du salon, ou d'ouvrir la porte - je lui dis : "mais tu sais que tu peux sortir quand tu veux"; "oui, mais je n'aime pas ça, c'est le fait d'avoir les portes fermées ".

-"Pourquoi pire en service fermé ?"

"Je ne sais pas, c'est mon truc ; c'est ce que je pense ".

"Je ne sais pas, du fait qu'elle serait en service fermé, elle aurait peut-être l'impression de ne plus pouvoir s'en sortir ; alors que là... Je ne sais pas, elle se pendrait ; des choses qu'elle arriverait à faire dans un service fermé ; alors que là, elle a peut-être encore l'espoir de pouvoir s'en sortir... enfin, je ne sais pas ".

-"Ici, on peut l'assumer " ?

"C'est difficile, ici, il y a des règles. De toute façon avec elle, c'est toujours au moment qu'on ne s'y attend pas qu'elle le fait ; qu'elle soit surveillée ou pas ; le jour qu'on s'y attendra pas... c'est tout ".

-"Elle prévient " ?

"Oui, elle en parle ; je ne sais pas, la semaine dernière, j'avais le pressentiment qu'il allait se passer quelque chose ; j'en avais parlé à la stagiaire de psychologie. Elle était très

excitée, elle criait, elle s'était bagarrée ; en fait, des choses qu'elle ne fait pas d'habitude. Elle disait : "j'en ai marre, je vais me tuer " ; mais enfin, c'était vraiment répété, c'était tout le temps, tout le temps ".

"Des fois, elle le dit, mais elle reste ensuite des jours sans en parler ; tandis que là, c'était tous les jours qu'elle racontait ça ".

"Elle me disait : "maintenant j'ai vu mon petit neveu ; maintenant je vais crever ; je voulais le voir ".

"Maintenant, elle lui tricote un petit nounours ; elle que je n'ai jamais vue tricoter ".

"Je ne sais pas comment on pourrait l'accrocher ; je sais qu'elle aimerait faire de la poterie. Actuellement, elle fait des bougies. Elle en faisait chez elle ; je lui avais demandé : "puisque ça t'intéresse, est-ce que tu pourrais m'apprendre". Je lui avais demandé ça le vendredi de la semaine dernière et puis elle se suicide le dimanche. Je lui en ai reparlé cette semaine ; elle était d'accord, et puis elle a décidé de tricoter".

-"L'ergothérapie "?

"En service libre, les malades ne comprennent pas la nécessité de travailler ; il n'y a d'ailleurs pas d'obligation, et puis, elles préfèrent sortir en permission dans les magasins, faire un tas de trucs ; on les comprend dans le fond ".

-"Les médecins, est-ce qu'ils en parlent " ?

"Oh, ils en parlent... comme ça. Ils nous demandent quand même un peu pour Melle L.. "

"Moi, je ne discute pas toujours dans le bureau ; j'ai moins de contact que les infirmières avec les médecins ; c'est elles qui m'en ont parlé ".

"Enfin, j'avais une très bonne relation ".

"En octobre, elle ne me parlait pas ; maintenant ça va mieux ; des fois, elle m'envoie des vannes, par exemple : je ne suis pas là et quand elle me revoit, elle me dit : "tu ne fous rien, je vais le dire au patron ".

"Ça, elle observe tout le monde - je lui dis : "c'est pas grave " - elle me dit : " si je te dis ça, c'est parce que je t'aime bien, sinon, je ne te dirais rien ". "Mais les gens

qu'elle aime bien, elle leur lance des petits piques, si non, elle est indifférente avec les autres ".

-"Et avec le médecin " ?

"Je ne sais pas, je ne le vois plus ".

5.- Entretien avec l'infirmière du matin, qui avait Melle L.
dans son groupe -

-"Le dernier suicide " ?

"Elle était en permission cette fois-ci. Elle est rentrée le lundi soir, je ne l'ai vue que le mardi matin ".

"Elle était demi-consciente, elle répétait la même chose, demandant le jour qu'on était - Elle me dit : "après tout, j'aurais dû me brûler ". " Le mardi, elle ne nous a pas tellement parlé ; depuis 8 jours, elle allait moins bien, elle était agitée, énervée quoi ! ; elle voulait se brûler dans le jardin, ici à l'hôpital ".

"En fait, hier, elle a reparlé de ça. Elle était dans sa chambre, commençant à circuler, à s'habiller ; elle allait mieux, disons ; alors, elle se regardait : "dire que j'ai envie de me suicider ; ce que j'en ai marre ; me brûler c'est trop spectaculaire, je ne peux pas le faire ". "Alors, je dis : "Là aussi, c'est spectaculaire, si on veut ". Elle me dit : " non, c'est pas la même chose ".

"Je crois qu'elle a fait une tentative de suicide pour qu'on s'occupe beaucoup d'elle, parce que, vous voyez, elle est retournée en chambre. Elle était en dortoir quand elle est revenue de l'hôpital B.. On l'a mise en dortoir dès le premier jour, et on l'a remise dans sa chambre où elle avait toutes ses petites affaires, et hier, elle a demandé à retourner dans le dortoir. Alors, nous, on a pensé que c'était parce que, au dortoir, elle était entourée de toutes les malades et, qu'en fait, recevoir les autres malades dans sa chambre, c'était trop petit. Hier matin, elle y est restée couchée ; personne ne s'en est occupé. En étant au dortoir, elle était entourée de tout le monde ; tout le monde s'en occupait ".

"Et je ne pense pas qu'elle ait voulu vraiment se suicider

cette fois-ci ; c'était pour qu'on s'occupe d'elle ; ou alors, elle s'est détruite progressivement en faisant ses tentatives de suicide, c'est possible !"

-"Vous pensez qu'elle se détruit progressivement " ?

" Oui, c'est ça, et qu'elle y arrivera de toute façon ".

"Parce qu'elle a raconté, pas à moi, qu'elle est tombée de son lit, qu'elle s'en est rendue compte, qu'elle a appelé au secours, que sa mère est arrivée, qu'on n'a pas appelé un médecin parce que, un médecin mettait une heure pour venir ; on a appelé les pompiers ".

"Je ne sais pas si c'est samedi ou dimanche ; ce n'est pas très précis, parce qu'elle ne raconte pas tellement ".

"Elle est revenue lundi après-midi ".

-"Et mercredi " ?

"Elle était mieux, très consciente, très contente en même temps de ce qui était arrivé, racontant à tout le monde ".

-"On dit qu'elle était moins bien que ces derniers temps " ?

"Il fut un temps, l'année dernière, avec l'équipe du matin, elle était bien ; avec l'après midi, elle était agressive. Elle nous en parlait : "l'infirmière ceci.. etc.." Elle critiquait ; après c'était l'inverse, puis après son agressivité s'est passée à l'approche de la naissance de son neveu. Elle voulait le connaître absolument et se suicider après ; un mois après la naissance ".

"L'ergothérapeute vous le dira mieux, elle est plus souvent avec elle ; elle se rend au salon, à la cuisine, fait la vaisselle ; choses qu'elle ne faisait pas avant ; elle nous recherchait même pas pour parler, alors qu'avant elle était agressive ".

"Elle disait que c'était nous, mais c'était elle qui l'était". Des fois, bien sûr, peut-être que c'était plus fort que nous, on devenait aussi agressive qu'elle ; on ne la supportait plus ; vous voyez, je ne sais pas , ce n'était pas de l'anxiété on avait toujours peur qu'elle se suicide ; on vivait très mal dans le service son suicide ; s'était très mal supporté, si vous voulez ".

" Parce qu'on se rendait responsable d'ailleurs de son suicide ; c'est quand même une chose importante, si une malade se suicide dans le service ; bien sûr, on se sent responsable ; c'est peut-être notre anxiété qui est trop importante ; il ne faut pas peut-être, moi, je ne sais pas ; je sens que je me sens responsable. Elle est là, on fait tout pour ne pas qu'elle se suicide ".

"D'un autre côté, les parents par exemple, en permission si elle ne va pas bien, ils attendent le mardi pour nous demander comment elle va ; alors nous, ça, on ne le supporte pas très bien ". Parce que s'il arrive quelque chose, c'est l'hôpital qui est responsable, le personnel, alors nous on pense à ça ; peut-être qu'il ne faut pas, c'est peut-être ridicule ".

"La mère veut qu'elle se suicide de toute façon ; oui, elle l'a dit à sa fille plusieurs fois : "qu'on en finisse " C'est la malade qui le dit. Elle en veut beaucoup à sa mère, Elle en parle surtout après ses tentatives de suicide, si sa mère ne vient pas la voir ".

" Le précédent suicide à la fin de l'année dernière " ?

"C'était huit jours avant, elle parlait qu'elle allait prendre des comprimés, elle en parlait énormément, qu'elle allait se jeter sous le métro, qu'elle allait prendre des comprimés, qu'elle avait ce qu'il fallait ; ou alors, se tailler les veines ; non, les comprimés ça fait moins de mal, si on veut ".

"Elle pense qu'on reste moins handicapé avec des comprimés ; si on se suicide pour de bon, on ne souffre pas ; tandis que le métro, on peut rester handicapé ; l'escalier aussi ; c'est un autre suicide, se jeter dans l'escalier et elle le criait : "je vais me jeter, j'en ai marre, je vais me suicider" pendant quelques jours. Et puis après, elle a eu une bonne crise de larmes, elle était beaucoup plus douce, on arrivait à parler avec elle : "Oh, j'en ai vraiment marre, je vais me suicider" et tout ça..."

"Elle reproche à ses parents : "c'est des vieux parents " ; elle dit que sa mère est vieille ; elle ne veut absolument pas, quand il y a une personne âgée dans le service, qu'on l'appelle

grand mère, elle dit : "c'est l'âge de ma mère, pourquoi vous l'appellez grand mère ? pourquoi vous l'appellez mamy ? tout ça, c'est l'âge de ma mère, c'est très vulgaire ".

"Quand elle avait des crises de larmes comme ça, on n'arrivait pas à lui parler un peu. Elle a un contact très, très difficile malgré tout ...; elle n'est pas ... ; je vois, ce matin, je prends la tension, je lui dis bonjour, bon ! ; je lui dis : "tu vas bien, tu vas déjeuner " - "ouais". C'est tout, j'ai pas insisté parce qu'elle ne supporte pas qu'on insiste.

-"La tentative de suicide "?

"Ça s'est passé le soir, aux heures des médicaments ; bon ! après les malades vont se coucher. Je crois même qu'elle était allée en permission ce jour-là et ça n'allait pas du tout - les infirmières l'avaient noté d'ailleurs ".

"Elle a dû les prendre, c'était préparé ; elle a dû en prendre pas mal, tout le tube. C'est les veilleuses qui l'ont trouvée, au lit ; elle commençait à râler, presque tombée de son lit ; c'est comme ça qu'on s'en est aperçu ".

"Alors, jusque là, elle faisait toujours les suicides le soir, pensant qu'on n'allait pas s'en occuper et que le lendemain matin ça serait..."

"En fait, ces suicides, c'était toujours pour nous ; le lendemain matin, ça s'est produit plus d'une fois, bon ! on l'emmenait en réanimation ".

"En fait, à chaque fois que je suis de repos. J'ai dit à mes collègues : " c'est quand je ne suis pas là " - cette fois-ci, la fois précédente c'était pareil ".

"A chaque fois qu'il y a des suicides avec elle, le lendemain je ne suis pas là. Avant, je ne m'occupais pas précisément d'elle ; c'est une coïncidence, deux fois, depuis que je m'occupe de son groupe ".

"De toute façon, je suis peut-être pessimiste, mais je crois qu'elle va se suicider ".

"L'avant dernière fois, ils l'ont gardée 15 jours en réanimation. J'étais de retour, elle me dit : "qu'elle voulait se suicider pour de bon, mais que c'était encore râté ". Je lui

ai dit plusieurs fois que ce n'était pas une réponse qu'on attendait d'une malade, que c'était pas à l'hôpital qu'on se suicidait, qu'on était toujours surveillé ; "je m'en aperçois d'ailleurs " qu'elle fait.

"Si elle le fait ici, c'est qu'elle sait qu'ici, elle se-sait surveillée, qu'elle ne le fera pas pour de bon ; chez elle, elle a quand même appelé au secours ; c'est elle qui le raconte. Elle était quand même consciente quand elle est tombée de son lit".

"En somme, ses suicides, ils ne sont pas tellement motivés ; c'est toujours la même chose : ses parents ne l'aiment pas ; elle n'a rien à faire de la vie ; rien ne l'intéresse ".

"Il arrivait aussi un moment où on la surveille, mais sans faire attention trop à elle, parce qu'elle veut qu'on s'occupe d'elle, qu'on court à son secours quand elle crie : " ici, on peut mourir dans le couloir, on ne se lève pas de table " - ça quand on est entrain de manger - : "Ben oui, elles préfèrent bouffer que de s'occuper des malades " - c'est des trucs d'elle - Bon, et bien, on ne répond pas ; quelque fois, on sourit, c'est tout ; elle insiste : "bon, on pourrait crever là " - Son agressivité en fait -."

"Alors qu'en ce moment, elle n'est pas du tout comme ça, c'est pour ça qu'on la trouve mieux ; là, après le suicide ".

"Enfin, après l'avant dernier, ça n'a pas été bien tout de suite, car elle avait des escarres importants, et il fallait lui laisser ses escarres, que c'était de notre faute à nous, qu'elle était mal soignée, qu'elle allait avoir la gangrène ; alors, la gangrène, ça la hantait ; elle allait mourir de la gangrène ; c'était sa façon de se suicider à ce moment-là : elle allait avoir la gangrène : " je vais crever " ; il fallait lui laisser ".

"Et alors, elle avait un escarre qui était vraiment vilain, très vilain ; le dermatologue s'en occupait, mais c'était soigné, pas soigné ; elle voulait ou ne voulait pas ; c'était plein d'humeur. Alors je lui disais : "vous n'êtes pas raisonnable " ; elle disait : " l'escarre n'est pas sur vous, ça ne vous regarde pas ; fichez-moi la paix, n'insistez pas ". On ne faisait pas le pansement, c'est tout !"

"Les jours suivants, elle venait le demander et après elle voulait le produit, elle voulait tout ".

"Alors, j'ai demandé au médecin ; il a dit non, soit vous faites vous-même le pansement ; soit, vous refusez de lui donner la crème et tout. C'est de ce jour-là qu'elle a dit à l'ergothérapeute qu'elle ne voulait plus être dans mon groupe ". " Je dis : " de toute façon, je le sais, elle ne me l'a pas dit, mais on s'est comprise toutes les deux " ; je dis : " ça n'a pas d'importance ; je vais l'ignorer et elle n'ignorait aussi ". " On passait à côté d'elle ; je lui disais:bonjour L.. " On la connaît et puis on a quand même quelque chose vis-à-vis d'elle quoi ! et puis c'est tout ; et puis progressivement, elle est revenue vers moi alors.."

"Et pour les escarres, le dermatologue avait prescrit des soins très importants ; on allait le lui guérir en fait, et elle ne voulait pas justement ".

"Après, c'est là qu'elle était mieux avec l'équipe de l'après-midi ; c'est à elle qu'elle demandait les soins, c'est ça ".

"Alors, évidemment, j'ai dit à ma collègue d'après-midi : "vous avez les soins de Melle L.. à faire " ; je dis : "de toute façon, ce sera fait le soir ".

"Alors, maintenant elle ne demande plus ; elle ne vient plus nous voir. Elle parle beaucoup avec l'ergothérapeute au salon ".

-"Les autres suicides "?

" Il y en a eu plusieurs, trois importants l'année dernière ; je ne m'en souviens plus ; à son arrivée, j'étais en vacances ".

"Il y en a eu un avant le départ du médecin ; 15 jours - 3 semaines avant son départ ; il lui avait annoncé son départ en vacances. Elle avait aussi son analyste en vacances. Et alors là, elle demandait comment ça se faisait qu'on ne la mettait pas en service fermé ".

"A ce moment-là, c'était le Dr.X., qui la suivait ; il la voyait tous les jours parce qu'elle se sentait très seule. Elle avait très peur ; elle ne se sentait pas en sécurité ici ; elle n'allait même pas en permission chez elle ; elle ne sortait pas dans la rue. Elle restait ici, seule, passait des heures entières assise sur les marches, dehors ; disait qu'elle allait se suicider".

"Et en fait, elle est venue en 67-68 ici, on n'avait pas du tout le même contact avec elle ".

"Je trouve que cette fois-ci, on a un contact meilleur malgré tout ; elle nous fuyait beaucoup ; elle ne parlait pas ; très agressive toujours ; chez elle, de toute façon, c'est habituel ".

"Elle était restée beaucoup moins longtemps en 67-68, ici ".

-"Et elle s'était suicidée dans le service "?

" Oui, oui, un matin ; parce qu'elle restait beaucoup au lit le matin ; elle ne descendait pas au petit déjeuner et, un matin, nous faisons le ménage et je dis à ma collègue : "tu crois qu'elle a pris quelque chose , viens voir " ; on l'a secouée, rien ! elle avait pris de l'aspirine à haute dose ".

"Alors là, de ses suicides, elle n'en parlait pas encore".

-"Est-ce qu'il fallait mettre cette malade en service fermé "?

"Ce qu'elle disait, c'était peut-être vrai ; elle ne se sentait pas en sécurité ici, en service libre, alors : c'est une demande qu'elle a formulée ".

"Je parlais beaucoup avec elle ; c'était au moment où son médecin n'était pas là ; elle était beaucoup à surveiller".

"Mais elle acceptait qu'on parle avec elle, mais parfois, elle nous met à la porte : " fichez-moi la paix ".

"C'est justement à ce moment-là, qu'à la réunion du mercredi, on avait parlé, on était très ennuyé et, c'est l'assistant d'un autre pavillon à qui on a demandé l'avis. Elle ne l'avait pas du tout supporté : "qu'est-ce que c'est que ce farfelu là ?"

"On l'avait renvoyée, parce que l'interne ne savait plus quoi faire pour elle - il était anxieux aussi, disons - parce qu'il ne voulait pas qu'elle se suicide ici ; parce que vraiment là, c'était très suicidaire ; elle était très déprimée, très effondrée, alors il pensait que c'était quand même une sécurité pour elle, puisqu'en même temps, elle le demandait ".

"Puisque la malade le demande, c'est peut-être là, qu'il ne faut pas non plus."

" Et alors, l'assistant a dit qu'il ne fallait pas la mettre en service fermé ".

-"La surveillante dit qu'elle est assez agressive "

"C'est-à-dire, Melle L.. aimait beaucoup ; enfin, avait un très bon contact avec la surveillante précédente. Alors, il y a eu le changement de surveillante ; mais enfin, elle critique beaucoup dans le service, ce n'était pas uniquement les changements des surveillantes ".

"Maintenant ça va mieux ".

"La période où elle était en froid avec moi, elle était mieux avec la surveillante ". "De toute façon, elle critique assez le service Melle L.. Elle s'occupe un peu trop ; enfin, à mon avis ; mais c'est aussi une malade, elle connaît très bien le service et elle s'occupe de tout ; elle voit tout ; elle observe tout ".

"C'est pour ça que quand là, elle s'est suicidée, moi j'ai trouvé que c'était vraiment spectaculaire son suicide ; qu'elle invitait toutes les malades en disant : " et bien, vous ne venez pas me voir ! " et à une autre : " tu en faisais une drôle de tête quand tu m'as vue ", qu'elle fait. "Vous comprenez, moi, je trouve que c'était vraiment très spectaculaire ; que c'était pour qu'on s'occupe d'elle ".

-"Vous pensez qu'une malade comme elle, il fallait la mettre en service fermé " ?

"On en a parlé longtemps avec son médecin ; il était contre, parce qu'il a dit, qu'au contraire, elle se suiciderait beaucoup plus vite en service fermé ".

-"Et vous " ?

"Moi, je trouve que si on avait dû la mettre en service fermé, c'était dès son entrée, ou 8 jours après qu'elle est arrivée ici ".

-"Pas maintenant " ?

" ou par exemple, après qu'elle a fait une tentative de suicide ; alors là et lui expliquer pourquoi qu'on ne peut pas la garder en service libre ".

"D'un autre côté, je crois que c'est assez difficile aussi, parce qu'elle est suivie en psychothérapie ; alors beaucoup de choses qui font que le médecin ne voulait pas la mettre en ser-

vice fermé ".

-"Qu'est-ce que vous lui expliquerez alors "?

"Qu'on ne peut pas la garder en service libre, que ça pose des problèmes, que c'est ...(silence).. que .. je ne sais pas moi..."

"De toute façon, si elle se suicide dans un service fermé, ça pose encore plus de problèmes ; nous en service libre, je crois..

-"Pourquoi "?

"Dans un service fermé, on doit veiller encore plus sur les malades ; on est encore plus responsable ".

-"Le travail n'est pas le même "?

"Moi, je crois que ce n'est pas du tout pareil ; je n'y ai pas travaillé, mais il m'est arrivée plusieurs fois d'accompagner des malades à l'admission. Elles arrivent, et bien on les deshabille, on ne leur demande pas leur avis ; si elles ne veulent pas, bon et bien, elles sont plusieurs dessus ; elles se jettent dessus et on enlève tout, tout, tout ; on leur met une chemise de la maison, on fait l'inventaire du vestiaire ; tandis-qu'ici, c'est pas du tout pareil ".

-"Qu'est-ce que vous en pensez "?

" Vous savez, ça dépend aussi de l'état de la malade ; il y a des malades qu'on ne peut pas mettre en service libre ; si elles sont confuses et tout..."

-"Apropos du travail en service fermé, vous disiez "?

"C'est plus intéressant, il y a de plus grandes malades, alors qu'ici, c'est beaucoup des problèmes sociaux, des problèmes

"Ici, c'est assez difficile justement ; on ne sait pas toujours ce que l'infirmière doit faire. Par exemple, une malade qui boit tous les jours sa bière, qui, en plus est très hystérique avec ça, bien, pendant une heure on s'est bagarré avec elle, pour la maintenir et tout .." Est-ce qu'il fallait savoir ?.. alors il fallait quand même appeler l'interne de garde ; lui donner quand même des soins et pas la maintenir ; la laisser là... Bon ! alors est-ce qu'il faut appeler l'interne de garde ?

" On dit que c'est le pavillon qui a appelé le plus l'interne de garde ; alors, qu'est-ce qu'il faut faire " ?

" Ben ! ce matin, on a pris la décision de la deshabillée ; est-ce qu'il fallait le faire ? On ne sait pas !... parce qu'il faut en même temps qu'elle aille travailler ; alors, c'est pour ça, je pense qu'un service fermé, c'est beaucoup plus précis, vous voyez ; les médecins voient les malades, on sait ce qu'il faut faire, il n'y a pas de doute, on deshabille la malade, peut-être que ce n'est pas si.. je ne sais pas.. "

" C'est des plus grandes malades et on doit peut-être voir l'amélioration des malades ; tandis qu'ici, c'est moins net ; et puis on a beaucoup de petites jeunes ; des jeunes de 14 ans, on a des problèmes avec les parents, tout ça ; alors je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'issues à tout ça ; c'est difficile, parce que les malades retournent dans le milieu où elles étaient avant " .

o

o o

- TROISIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

- ANALYSE du DISCOURS MEDICAL -

I.- INTRODUCTION -

9 hospitalisations de JUIN 1967 à DECEMBRE 1970.

Dans ce cursus de l'ademoiselle L..., on distingue, réglées sur la production de son symptôme suicidaire : deux périodes d'hospitalisation.

1°)- Les quatre premières hospitalisations : JUIN 1967, JANVIER 1968. Pendant cette période de 7 mois, la malade n'a vécu "libre", hors du service, que pendant un mois.

- Tandis que la durée des séjours hospitaliers allait s'élevant : 11 jours pour le premier ; 25 jours pour le second ; 21 jours pour le troisième ; 4 mois et demi pour le quatrième.

- Les séjours hors du service allaient en diminuant : 3 semaines entre la première et la deuxième hospitalisation ; une semaine entre la deuxième et la troisième hospitalisation ; deux jours entre la troisième et la quatrième hospitalisation.

Pendant cette période, la malade est hospitalisée les deux premières fois pour des tentatives de suicides faites à l'extérieur du service, chez elle, dans sa famille.

Pour son troisième séjour, la patiente déprimée, est venue d'elle-même chercher de l'aide. C'est alors qu'elle a produit sa première tentative de suicide dans le service.

La quatrième hospitalisation, effet de la tentative de suicide précédente a duré 4 mois et demi sans récurrence.

Puis, vient une période de 18 mois sans hospitalisation de JANVIER 1968 à JUIN 1969.

A la fin de cette période, la malade fait un séjour en clinique, séjour interrompu par une quatrième tentative de suicide effectuée dans son milieu familial.

2°)- Commence alors, la deuxième série de séjours dans le service.

Les quatre hospitalisations suivantes, couvrent une période de 9 mois et demi, à l'exception de 13 jours. Ces 13 jours, la malade les a passés dans des services de réanimation.

Ici encore, il faut remarquer que de la cinquième à la huitième, la durée des hospitalisations va augmentant : 1 mois et demi ; 2 mois ; 3 mois et demi.

- Tandis que les jours hors du service vont diminuant : 8 jours entre la cinquième et la sixième hospitalisation ; 4 jours entre la sixième et la septième hospitalisation ; 1 jour entre la septième et la huitième hospitalisation.

Ces repères chiffrés désignent précisément la fréquence des actes suicidaires et l'importance de l'intoxication.

Les tentatives s'espacent et leur gravité diminue.

- En effet, la 5ème hospitalisation est déclenchée par une 4ème tentative de suicide. Puis, deux semaines après l'entrée dans le service, la malade y accomplit sa 5ème tentative, utilisant la lame de rasoir. Ce sera la seule fois que la malade ne recourt pas à l'intoxication médicamenteuse. Trois semaines s'écoulent : survient la 6ème tentative de suicide (3ème dans le service) médicamenteuse et grave, qui met fin à la 5ème hospitalisation ; 8 jours de réanimation en service spécialisé, à l'issue desquels :

- commence le 6ème séjour. Il dure deux mois. Survient la 7ème tentative de suicide (4ème effectuée dans le service) ; 4 jours de réanimation sont nécessaires.

- La 7ème hospitalisation durera trois mois et demi et la 8ème tentative de suicide qui y mettra fin, a lieu hors du service, dans la famille de la patiente, à l'occasion d'une permission. L'intoxication est moins grave ; il n'y a pas de coma, la malade ne reste qu'une journée en réanimation.

- Vient la 8ème hospitalisation d'une durée de deux mois, sans récurrence suicidaire ; Melle L. demande sa sortie.

3°)- Enfin, ce qu'on pourrait appeler : la troisième période, commence : 8 mois et demi s'écoulent avant que la patiente ne revienne demander une 9ème hospitalisation - le 14 décembre 1970.

Cette dernière que l'on souhaiterait qualifier d'épilogue ne dure que quelques heures, après quoi " la malade quitte le service sans donner d'explication ".

Depuis, elle vient régulièrement consulter le dernier médecin qui l'a prise en charge à partir de son 5ème séjour.

o

o o

II.- L'EVOLUTION NOSOGRAPHIQUE -

L'évolution nosographique nous semble devoir inaugurer cette analyse.

L'éventail des diagnostics évoqués est en effet considérable :

- A sa première entrée : la malade avait déjà des antécédents neuro-psychiatriques :

- Neurologiques - A l'âge de 12 ans, un pédiatre avait évoqué une chorée, devant les troubles de l'écriture et du caractère. A 15 ans, le diagnostic d'encéphalite léthargique est posé au décours d'une hospitalisation en service de neurologie. Enfin, des troubles nocturnes à 18 ans, ont fait évoquer par un neurologue, une crise convulsive à titre des séquelles de l'encéphalite.

- Psychiatriques - Elle était suivie depuis trois ans par un neuro-psychiatre psychanalyste. Une psychothérapie avait été entreprise pour " des troubles caractériels, impulsivité et agressivité ".

Le diagnostic d'entrée rend compte de cet ensemble neuro-psychiatrique :

- "Tentative de suicide chez une épileptique - Encéphalite léthargique à 15 ans - chorée évolutive à 12 ans ".

Cette surcharge organique a de quoi étonner, par son abondance, pourtant il ne semble pas que ces diagnostics aient fait leur preuve.

- Les troubles caractériels s'inscrivent dans cet ensemble, de même que la tentative de suicide. On évoque dans son déterminisme un traitement par l'Halopéridol, dont on connaît les effets dépresseurs.

- "La structure familiale" y est évoquée. Elle vient seulement agrémenter le récit médical dans son questionnement nosographique. L'apragmatisme socio-professionnel n'est posé que comme effet à la famille : " ne fait rien depuis trois ans " ; " ne peut accepter un travail simple à cause de la blessure narcissique dans cette famille douée ".

Les conclusions de cette première hospitalisation sont d'ordre nosographique :

" Tentative de suicide et troubles du comportement chez une malade ayant une histoire neurologique ".

- La seconde hospitalisation - Le discours médical s'y inscrit dans le même registre :

" Tentative de suicide avec troubles du comportement post-encéphalitiques ".

Les éléments dépressifs y sont colligés :

" Aspect mélancolique ", et traités comme tels.

Les difficultés relationnelles de la patiente dans sa famille, comme dans le service, ainsi que les idées de suicide exprimées, illustrent la dépression.

On peut dire que cette seconde hospitalisation est la répétition sur un mode dépressif " mélancolique" de la première.

- La troisième hospitalisation - inaugure un style nouveau, comme une effraction dans le discours nosographique :

-- la malade vit d'elle même, sans passage à l'acte ;

-- elle déclare : " il n'y a qu'ici que je guérirais ".

- et trois semaines plus tard, elle fait une tentative de suicide dans le service.

A l'entrée, on note : "rechute dépressive".

A la sortie : "intoxication volontaire".

La malade a mis à distance, pour un temps, les "étiquettes neurologiques".

- La quatrième hospitalisation - reprend le thème général des deux premières et, d'emblée, efface le sens de la troisième. Dès le diagnostic d'entrée : "troubles du comportement en famille - réaction dépressives" ; le discours s'y montre contrasté :

- A l'interne de garde qui reçoit la patiente et qui note : "un peu vaseuse, contact possible, explique... cherche à minimiser sa tentative de suicide, voudrait mourir" - La laisser comme elle est ; lui donner un paquet de cigarettes "et" ce soir un Valium 10Mg. "

- Répond le médecin habituel : "met insidieusement la pagaille".

"A pris l'habitude de travestir ses demandes par des symptômes ou des tentatives de suicide".

- Qui remarque en outre, non sans satisfaction :

1°)- "la psychanalyse est établie et c'est un fait stable, grâce à nous" ;

2°)- "la mère sait qu'elle peut compter sur nous" ;

3°)- "c'est une grande mythomane" (Mlle L. évidemment).

- La problématique nosologique reparaît :

1°)- dans de nombreux symptômes produits par la malade pendant son séjour : ivresse, hypersomnie, pertes de connaissance ; douleurs abdominales, épisodes confuso-oniriques ;

2°)- et à sa sortie, dans un point d'interrogation diagnostique : "Etat limite.. troubles du comportement sévères en famille. Séquelles d'encéphalite de l'adolescence" ?

La notion d'"état limite" apparaît quand la patiente quitte le service.

- La cinquième hospitalisation - inaugure ce que nous avons appelé : la deuxième période.

A l'entrée, le diagnostic n'est que symptomatique : "Troubles du comportement " ; " allait de l'accès caractéristique à la tentative de suicide ".

Point n'est fait mention ni des nosologies neurologiques, ni du milieu familial.

Le diagnostic de sortie donne une entité morbide, nouvelle dans le discours : " Pré-psychotique " ; et son symptôme majeur : " a fait une tentative de suicide ".

Se pose le projet déterminé : " à reprendre dans le service après réanimation ".

- A la sixième et septième hospitalisation - l'on répète le même bilan diagnostic, comme se répète les tentatives de suicide, dans le service.

La tentative de suicide qui met fin à la 7ème hospitalisation a lieu dans la famille de la patiente, à l'occasion d'une permission ; c'est le dernier geste suicidaire.

- Et le huitième passage - qui s'y inaugure, se termine sur un projet de départ à la campagne.

- 8 mois plus tard, la neuvième hospitalisation, porte une note nosologique nouvelle : " Névrose hystérique ". Est-ce aussi un épilogue ?

c
) °

III.- CONCLUSION du discours sur le symptôme au symptôme du discours.

9 hospitalisations : 7 diagnostics nosologiques ou symptomatiques différents.

La maladie de Melle L.. a cheminé au registre de l'étiquette, de l'épilepsie post-encéphalitique, en passant par la chorée évolutive, jusqu'à la névrose hystérique et du trouble caractéristique à la même névrose hystérique en passant par la dépression

à tous ses degrés : réactionnelle et même mélancolique, et par l'entité mouvante de personnalité de pré-psychotique.

Il ne nous paraît pas convenir de mettre en doute aucun point de cette évolution nosographique.

Dès lors, que signifie pour le médecin et pour L..., cet éventail nosologique ?

Un point, dénominateur commun, en fait le lien : c'est la malade de son discours et par des tentatives de suicide d'abord.

On est bien obligé de reconnaître que dans la première période, la malade est enfermée dans le carcan nosologique neuro-psychiatrique.

Elle ne produit son discours qu'une fois, lors de la troisième hospitalisation : " Il n'y a qu'ici que je guérirais " et le confirme en faisant sa première tentative de suicide dans le service.

Il n'est que de lire l'observation, pour constater le changement de ton du discours médical à partir de la deuxième période. La nosographie se tarit sur la notion vague de personnalité pré-psychotique qui implique l'immobilité de la structure, et se centre sur la richesse du discours suicidaire de la patiente, ne relevant qu'au passage des traits d'hystérie ou de psychose.

C'est là, le reflet d'une partie du travail thérapeutique(1).

(1)

- A propos de travail thérapeutique, il convient de noter une évolution parallèle de la prescription médicamenteuse:
 - Première période : neuroleptiques (Largactil-Nozinan) à des doses de l'ordre de 150Mg par jour - anti-dépresseurs et neuroleptiques.
 - Deuxième période : Valium, puis Linyl.

ANAMNESIS PSYCHOLOGIQUES

1° hosp 2° hosp 3° hosp 4° hosp 5° hosp 6° hosp 7° hosp 8° hosp 9° hosp

Entrée: Tentative de sui-
-cide -Epilepsie.

Sortie: Troubles du com-
portement - his-
toire neurologi-
que.

Entrée: Tentative de sui-
cide. Tr. post-
encéphalitique.

Sortie: Troubles du com-
portement - Dé-
pression réac-
tionnelle.

Entrée: Rechute dépres-
sive.

Sortie: Dépression- Ten-
tative de suici-
de.

Entrée: Réactions dépres-
-sives.

Sortie: Etat limite -Sé-
quelles d'encé-
phalite.

Entrée: Tentative de sui-
cide. Tr. du com-
portement.

Sortie: Pré-psychothique.
A fait une tenta-
-tive de suicide.

Entrée: Revient après co-
ma.

Sortie: Pré-psychothique
A fait une tenta-
tive de suicide

Entrée: Revient après coma.

Sortie: Pré-psychothique.
A fait une tenta-
tive de suicide

Entrée: Revient après co-
ma.

Sortie: Border-line en
cours d'analyse.

Entrée: Rechute depresi-
ve.

Sortie: Névrose hystéri-
que.

-- CHAPITRE II.--

- ANALYSE DU DISCOURS INFIRMIER -

Ce discours s'inscrit dans un matériel écrit (cahiers de rapport, consignes entre équipes).

Il n'est pas dans le matériel que nous avons eu du registre du langage oral.

Il peut se diviser en :

- 1°)- Troubles médicaux du comportement (série symptomatique) ;
- 2°)- Eléments de surveillance ;
- 3°)- Troubles de la relation soignant-soigné.
(suicidante-infirmière).

Il se comptabilise dans le tableau suivant :

1° hosp.	2° hosp.	3° hosp.	4° hosp.	5° hosp.	6° hosp.	7° hosp.	8° hosp.	9° hosp.
11j.	25j.	21j.	130j.	45j.	64j.	107j.	37j.	1j.
7	17	18	82	30	70	90	32	1
0,65	0,68	0,85	0,23	0,66	1,09	0,84	0,56	-
A surveiller	0	1	3	8	28	32	6	-
Absente-sortie en perm.								
Pas rentrée de perm. A téléphoné qu'elle ne rentre pas.	0	0	14	1	6	19	1	1
A cassé un carreau-brûler un rideau-violente frappe le personnel.	1	0	3	1	0	0	0	0
Crie-parle fort-chante excitée-s'occupe de tout	1	2	12	8	8	12	7	0
Aggressive-grossière-impolite-malhônête.	-	2	5	0	5	8	1	0
Mieux - détendue- calme	0	2	5	4	4	10	2	0
A reçu des soins par l'interne-accepte les soins - S'est alimentée.	1	2	4	4	4	4	2	0
Refuse les soins-refuse de s'alimenter-A eu une injection I.N.- Opposante.	1	3	18	7	9	17	2	0
S'isole-contact difficile ne parle pas-triste-pleure.	1	1	3	4	18	5	3	0
Déprimée - anxieuse.	0	4	2	0	14	17	9	1
Idées de suicide.	0	1	0	1	4	7	1	0
Malaises-maux de tête - fatigue.	1	1	18	7	7	15	3	0
Étrange - idées bizarres	0	0	0	4	4	4	0	0
Agitation	0	0	4	1	0	0	1	0
dormi -	2	0	1	0	2	2	1	0
est endormi tard.	0	5	8	2	5	5	14	0

Regroupé dans le tableau N° 2 qui évalue
la fréquence d'interventions dans le rapport :

- Nombre de termes
----- X 100 = Pourcentage de fréquence
- Nombre de jours du terme par jour.

Nous obtenons le résultat suivant :

- DEUXIEME PERIODE -

- PREMIERE PERIODE -

A surveiller

Déprimée

Idées de suicide

Somatisation

S'isole

Etrange - idées bizarres

Calme- détendue- mieux.

A cassé un carreau- A brù-
lier un rideau - violente -
grappe le personnel - crie
Parle fort - chante.

Bruyante - énervée - s'occu-
pe de tout-grossière-agres-
sive-impolie-malhônête
S'isole - contact diffici-
le - ne parle pas - tris-
- pleure.

0 1ère 3ème	2 4ème	4 2ème	0 9ème	10 8ème	17 5ème	30 7ème	43 6ème
0 1ère 3ème	2 4ème	10 3ème	0 5ème 9ème	10 8ème	17 7ème		22 6ème
0 1ère 3ème 4ème	4 2ème	4 2ème	0 2ème	2 5ème	6 6ème		7 7ème
4 2ème	5 3ème	9 1ère	0 9ème	5 8ème	11 6ème	14 7ème	15 5ème
3 4ème	4 2ème	5 3ème	0 9ème	5 7ème	6 8ème	9 5ème	28 6ème
0 1ère 2ème 3ème 4ème			0 8ème	4 7ème	6 8ème	9 5ème	
0 1ère 3ème	4 4ème	10 2ème	0 9ème	6 6ème	7 8ème	9 5ème 7ème	
18 1ère	20 2ème	80 3ème	0 9ème	14 8ème	16 5ème	19 7ème	20 6ème
4ème							
3 4ème	4 2ème	5 3ème	0 9ème	5 7ème	6 8ème	9 5ème	28 5ème

A partir de ce deuxième schéma, il nous est facile de saisir l'importance d'un terme, par rapport à une hospitalisation.

Ce qui nous donne le tableau 3

Tableau II.

A SURVEILLER

Absente-sortie en permission -
 pas rentrée de perm. A téléphoné
 qu'elle ne rentrerait pas.
 A reçu des soins par l'interne.
 Accepte les soins - s'est alimen-
 tée.
 Refuse les soins - refuse de s'a-
 limer - A eu une injection in-
 tra-musculaire - opposante.
 Malaises - maux de tête - fatigue
 A dormi.
 S'est endormie tard.
 des idées de suicide.
 éprimée - anxieuse
 isole - contact difficile -
 e parle pas - triste - pleure
 trange - idées bizarres
 citation
 eux - détendue - Calme
 cassé un carreau - a brûlé un ri-
 eux-violente-frappe le personnel
 rie - Parle fort - chante - bruyant
 s - énermée-excitée-s'occupe de
 out.
 ressive - Grossière - impolie -
 alcoholté.

	1 ^o hosp.	2 ^o hosp.	3 ^o hosp.	4 ^o hosp.	5 ^o hosp.	6 ^o hosp.	7 ^o hosp.	8 ^o hosp.	9 ^o hosp.
0	4	0	2	17	43	30	10	0	
0	0	0	11	2	10	18	2	100	
9	8	9	3	9	2	4	4	0	
9	12	18	14	16	14	16	4	0	
9	4	5	14	15	11	14	5	0	
18	0	10	1	0	3	1	2	0	
0	20	10	6	4	8	5	25	0	
0	4	0	0	2	6	7	2	0	
0	16	10	2	0	22	17	10	-	
9	4	5	3	9	28	5	6	-	
0	0	0	0	9	6	4	0	0	
0	0	0	3	2	0	0	2	0	
0	10	0	4	0	0	9	7	0	
9	0	5	2	2	0	0	0	0	
9	12	35	10	16	12	11	12	0	
0	8	30	4	0	8	8	2	0	

Quelques considérations nous paraissent évidentes :

1°)- Les hospitalisations se divisent en deux périodes, articulées entre la quatrième et la cinquième hospitalisation.

2°)- La neuvième hospitalisation est déjà un épilogue.

3°)- Le style et la demande de la patiente apparaissent dans la troisième hospitalisation, à l'insu de l'institution.

4°)- La sixième hospitalisation semble assumer quelque chose de l'ordre de la "parole primordiale". Qu'en est-il ?

o

o o

- QUATRIEME PARTIE -

- CHAPITRE PREMIER -

- LA SIXIEME HOSPITALISATION EST-ELLE UNE
MISE EN DISCOURS ?

Elle s'ouvre par un rapport écrit :
concernant une tentative suicidaire dans le service, qui termine la cinquième hospitalisation.

Ce rapport écrit pour l'administration, concerte le récit sur deux points aux deux niveaux où il s'inscrit (infirmier-médecin).

1°)- Elle n'avait pas de traitement médicamenteux ;

2°)- Elle a fugué la veille et a été ramenée par ses parents.

Le service de réanimation précise :
" Son état n'a pas posé de problème de réanimation.." " le problème après la 8ème tentative demeure évidemment complexe ".

C'est probablement sous la couverture administrative et médicale "l'administration est prévenue" ; " la réanimation est possible ", que va commencer cette nouvelle hospitalisation.

Comment va s'établir la relation : patiente-soignants " ?
Pour la première fois, on parle de monologue qu'on écoute.
Ce monologue est composé de plusieurs thèmes.

1°)- Un thème de regret et de constat :

" C'est drôle de vous voir vivant et d'être vivante ; je ne devrais pas être là, je devrais être ailleurs, nulle-part ".

"... je vous ai appelé... c'est toujours comme cela ".

2°)- Un thème de peur de l'autre :

" Il y a une barrière que je ne pourrais jamais franchir, donc il faut arrêter l'analyse ".

3°)- Un thème d'agressivité centré sur sa mère :

" Elle ne m'a jamais vraiment aimée, maintenant sa présence-me donne des nausées ".

4°)- Et comme un refrain, la récurrence est là :

" Avant ma dernière tentative, je désirais me suicider ; maintenant, je sais que je vais mourir ; je ne passerais pas le mois d'août ".

Le discours médical n'est qu'un commentaire interprétatif du monologue. Il répète deux mots : "la peur" et " l'agressivité ". Il est retranscrit au niveau des termes " à surveiller " - " agressive " - " déprimée ", dans le discours infirmier.

La peur au sens fort, si l'on en croit le ROBERT, est un phénomène psychologique à caractère affectif marqué qui accompagne la prise de conscience, justifiée ou non, d'un danger, d'une menace pour la vie ou la sensibilité du sujet.

En même temps, un sentiment pénible d'insécurité, de désarroi à l'égard d'événements de gravité variable, actuels ou prévus.

Le deuxième terme, l'agressivité, semble le pendant direct de la peur, c'est-à-dire, une possibilité verbale de déclencher un conflit brutalement.

Et c'est à travers cette permanence de la peur d'elle-même et de la peur que les autres ont pour elle, que pourtant va s'établir un dialogue thérapeutique qui peut se relever sur le tableau suivant :

5ème hospitalisation

Tentative de suicide
dans le service.

	:Discours malade.	: Discours : Médecin.	:Discours : Infirmier.	:
----->	:Monologue	:	:	:
	:1. Regret.	: Peur.	:A surveiller.	:
	:2. Peur de l'au-	: Agressivité.	:Déprimée.	:
	: tre.	:	:	:
<u>6ème hospitalisation</u>	:	:	:	:
	:3. Agressivité.	:	:Agressivité.	:
	:4. Récurrence.	:	:	:
	:	:	:	:
	:	: Nouvelle tentative de suicide	:	:
	:	: dans le service.	:	:
	:	:	:	:
	:	: Fin de la sixième hospitali-	:	:
	:	: sation.	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:

La sixième hospitalisation se termine comme elle avait commené, par un rapport écrit :

" A renouvelé une nouvelle tentative de suicide ".

Par contre, elle met en jeu pour la première fois, un écrit entre le Directeur médical de l'hôpital et le Directeur du centre hospitalier:

- 11 Octobre 1969 - Monsieur le Médecin-Chef à, Monsieur
le Directeur du Centre Psychiatrique
Sainte-Anne.

Monsieur le Directeur,

" J'ai l'honneur de vous adresser le rapport du Docteur E.. concernant la tentative de suicide réalisée par Mademoiselle L. et celui des infirmières du service.

Le problème posé par cette malade et la répétition de ses tentatives, est évidemment de savoir si nous devons la conserver en service libre, ou au contraire, refuser de la traiter dans ce cadre, en proposant à la famille une hospitalisation en service fermé.

Jusqu'ici nous avons constaté chez Mademoiselle L.. des dispositions qui nous font craindre qu'une hospitalisation en service fermé ne permette pas un traitement utile. D'autre part, les contacts avec le service paraissent un élément favorable, dont nous ne nous croyons pas en droit de priver la malade.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments respectueux. "

- 22 Octobre 1969 - Le Directeur à, Médecin-Chef.

Monsieur le Médecin-Chef,

J'ai bien reçu votre lettre du 11 Octobre et le dossier joint concernant la tentative de suicide réalisée par Mademoiselle L.. Il est bien certain que la répétition de telles tentatives, justifie amplement le placement en service fermé.

Si, malgré le risque presque certain de récurrence, vous pouvez lui donner plus de chance de réinsertion sociale, en continuant de la soigner à H.R.., il me paraît que l'intérêt thérapeutique doit dominer la crainte. Je pense seulement

qu'il serait utile de tenir informée la famille de votre perplexité et du problème posé à votre ~~conscience~~ par cette malade.

Si c'est cette solution de continuité de traitement à H.R.. qui prévaut, il faut attirer l'attention de tout votre personnel sur la fragilité de cette malade et la nécessité d'exercer dans toute la mesure du possible, une vigilante surveillance autour d'elle.

Veillez agréer, Monsieur le Médecin-Chef, l'assurance de mes sentiments les meilleurs ".

o
o o

- CHAPITRE II.-

- D'UNE QUESTION A SON ECOUTE -

" Je veux mourir ", telle est la demande de la malade dès son arrivée dans l'institution.

Et c'est dans l'institution que la réponse apparaîtra dans la dialectique du discours.

Reprenons trois points du discours de Melle L.. pendant son 6ème séjour - figurés dans le tableau du chapitre précédent -, et voyons quels échos ils trouvent dans les différents discours :

- de la première période ;
- de la 6ème hospitalisation.

I.- PREMIERE PERIODE -

1°)- " Je veux me suicider ".

- Surveillante du matin :

" ça va L., ça va " - " Elle m'aimait bien " - " Il ne fallait pas toujours être sur son dos " - " Elle était pourrie cette fille-là ".

" Je pense qu'elle finira comme ça ".

" Si vous la mettez pas dehors, dans dix ans, elle sera encore dans le service ".

- Surveillante de l'après-midi :

" Elle était indifférente, pas de contact, très renfermée "

- Le médecin questionne la nosographie et la famille de L..

- La réponse est successivement complémentaire, indifférente, inadaptée.

2°)- " J'ai peur des autres " dira la malade.

- Le médecin relève : sentiment d'être différente des autres - Etat dépressif.

- Surveillantes: néant.

3°)- Agressivité :

- Le médecin entend : " conflit avec sa mère " et " a toujours été comme cela, ironique, mettant insidieusement la pagaille ".

- Les surveillantes n'ont témoigné pas.

- Pourtant dans le cahier de rapport, l'agressivité se souligne au cours du 3ème séjour.

II.- LA SIXIEME HOSPITALISATION -

1°)- " Je dis que je veux mourir " " et j'ai déjà fait plusieurs tentatives ici-même ".

" Je peux le dire, je sais que vous ne me croyez pas ".

- L'infirmière du matin :

" Je ne crois pas qu'elle veuille vraiment le faire ".

" Je lui ai dit : vous parlez de métro et vous prenez des médicaments ".

- L'ergothérapeute :

" C'est imprévisible ; elle prévient ; elle n'arrête pas de le dire ".

- Le médecin :

" Une fois de plus, elle revient au suicide ; elle le dit-
chantage- Elle peut passer impulsivement à l'acte ".

2°)- La peur : " j'ai peur des autres, j'ai peur de moi,
j'ai peur de mourir ".

- Infirmière du matin :

" Je me suis demandée " - " j'ai pensé " - " moi je dis "
" on est responsable " - " je lui ai dit : on n'est pas là pour
se suicider ".

- L'ergothérapeute:

" Je l'aime bien, ça me fait quelque chose " - " il y a
des règles ".

- Le médecin :

" Un élément nouveau du discours tranchant avec l'agressi-
vité habituelle : a peur que sa mère ne meurt ".

3°)- L'agressivité :

- Critique le service, ne supporte pas les autres.

- Infirmière du matin :

" Elle refusait, il ne fallait pas insister ".

" Elle boudait, je l'ignorais ; je lui disais bonjour ".

- L'ergothérapeute :

" Elle venait, ne venait plus, puis revenait ".

- CHAPITRE III. -

- La MORT DANS L'INSTITUTION -

Chacun dans l'institution dit ou écrit : ça finira mal ", c'est-à-dire, que L... va mourir.

Tous, sauf le dernier médecin qui conclut à la dernière hospitalisation : " A quand la prochaine tentative de suicide " ?

== Le désir de mort de L... est constant et, en cette phase de son discours, et semble prendre ses racines dans un conflit centré sur ses parents, d'où émerge une agressivité constante à l'égard de sa mère.

== Ce conflit, comme en témoignent les différents discours, a été investi par la patiente, dans l'institution : son agressivité, comme ses actes suicidaires signent la " répétition " et " l'instinct de mort ".

== Mais où était la mort dans l'institution, que la malade n'a pas su trouver ? ou encore , comment l'institution a-t-elle su dénouer son conflit ?

Car à la " tendance à la répétition " de la suicidante en l'institution ; l'institution se répète en suicidant la malade.

C'est pour autant que l'écho au symptôme mortifère reste le même, que le même symptôme se reproduit au point qu'on ne sait plus à qui il appartient.

Poser la question de l'instinct de mort de la malade et de la pregnance de son désir, c'est poser la question du désir de mort en retour, et d'assigner un lieu pour la mort de l'autre dans l'institution.

== Mais la mort de L.. a été mise à distance. Comment alors, l'institution est-elle parvenue à mobiliser son symptôme ?

La réponse que nous proposons est :

- en laissant la malade parler de sa mort ;
- en acceptant cette parole pour ce qu'elle est :
béance, manque à être du sujet ;
- en étant là à l'écoute :
" à surveiller " comme dit le rapport ;
en se mobilisant pour cerner l'écho de cette béance,
soit : la mort en l'institution, elle-même.

--- Trois points de cette articulation nous paraissent essentiels qui se cristallisent dans la correspondance infirmières, médecins, directeur et la réponse de celui-ci.

- A cette charnière :

- Les médecins ont définitivement abandonné la compulsion nosologique qui ne renvoyait qu'à " un ailleurs " littéraire, réellement absent du discours de la malade : - la mort - peut-être.

Ils ressentent " l'impression d'éprouver l'interlocuteur". Sorte de peur, mais peur qui cache quelque chose de sérieusement inquiétant - " On peut se demander si elle ne me demande pas de se faire enfermer " - " Elle peut passer à l'acte impulsivement, comme elle le formule d'ailleurs ".

- Les infirmières de plus en plus concernées :

" On se sent responsable, ça nous concerne quand même" (infirmière du matin).

" Il y a des règles " (ergothérapeute).

-se sont défendues sur deux registres :

- Premier registre :

" De toute façon, elle finira par y arriver" (infirmières du matin, de l'après-midi, surveillante du matin).

- Deuxième registre : l'internement.

- positif : " Peut-être qu'elle n'aurait plus voulu se suicider après " ?

- protecteur : " Justement, on s'est souvent demandé avec le médecin, s'il ne fallait

pas l'interner ". (2ème surveillante du matin).

~~---~~ A l'issu de la 6ème hospitalisation, la réponse du directeur ne laisse plus d'équivoque et, règle ces incertitudes, la loi consultée par les médecins et les infirmières, se prononce et autorise : la malade peut rester dans le service.

~~---~~ Dès lors les conflits peuvent se dénouer :

" Si on devait l'interner, c'était au début, à la première hospitalisation " (infirmière du matin).

" Dans un service fermé... elle qui était si anxieuse quand les portes d'ici étaient fermées... elle se serait sûrement suicidée " (ergothérapeute).

" Ça aurait été plus grave dans un service fermé ; on est encore plus responsable ..." (infirmière du matin).

" Non, ça n'aurait pas été une bonne chose, elle qui aime aller et venir... ici, elle est libre ". (Infirmière de l'après-midi).

~~---~~ Où était donc la mort ? Sinon l'asile, à quoi l'institution pensait ?

Pour ce qui est de Melle L..., sa cure ne s'arrête pas là.

De l'agressivité constante exprimée vis-à-vis de sa mère, surgit en contraste : " la peur que sa mère ne meurt ".

De l'agressivité constante agit sur les infirmières (cahier de rapport), apparaît pourtant que si L.. " s'occupe de tout ", que si L... " est bruyante ", que si L.. "crie à tue-tête dans le service ".

- " Elle s'occupe des malades qui ne vont pas bien " (après-midi).

- " Elle nous dit ce qu'il faut faire, je ne trouve pas ça bien " (infirmière du matin).

- " C'est notre travail, ça, qu'elle nous dit ". (infirmière du matin).

- " Alors, tu n'étais pas là ce matin, qu'est-ce que tu foutais " (à l'ergothérapeute).
- " C'est vrai ce qu'elle dit ". (après-midi).

~~Le~~ Le discours de L... est accepté comme vrai et c'est l'accès de sa vérité, dans l'institution, qui fait qu'elle guérit.

Peut-être est-ce cela l'institution thérapeutique, telle que le désignait, Georges DAUMEZON () en 1947:

" Mais le malade ayant une fois investi ses conflits dans le microcosme, la vie de celui-ci doit être ouverte de telle sorte que les conflits soient résolus. L'évolution de chaque situation comme la vie même de l'établissement, doit se faire dans le sens de cette résolution ".

o

o o

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons essayé, dans les pages qui précèdent, de montrer comment l'accès à la parole permet de résoudre le problème thérapeutique que pose une jeune suicidante en institution.

Cet accès à la parole n'a pu se faire que progressivement, graduellement, à mesure des conduites suicidaires répétitives, produites par la patiente sur la scène même de l'institution, impliquant et compromettant l'ensemble de ses différents membres, à tous les niveaux.

Faire que le discours institutionnel, à l'origine " plombé " par le discours médical du poids hiérarchique du pouvoir de la fonction et du savoir, puisse dans un second temps se déverrouiller et laisser à chacun son rôle et sa parole dans la reconnaissance de la loi, telle a été la tâche du psychiatre.

Cette organisation institutionnelle fait référence à la notion de " Transversalité ", concept inventé par GATTARI (16) en 1964 et repris par LACAN (19) dans son séminaire de la même année.

La Transversalité s'oppose à la verticalité que l'on retrouve dans l'organigramme d'une structure pyramidale comme l'hôpital classique, et l'horizontalité où les gens et les choses s'arrangent comme ils peuvent de la situation.

C'est pour cela qu'il faut introduire de façon formelle les deux notions :

- le groupe sujet
- et
- le groupe assujetti.

- Le groupe sujet est en général, totalisé par le collectif soignant. Il a vocation de l'être - d'abord ils sont rémunérés pour cela - et leur travail est d'élucider l'objet malade et d'appliquer les conditions thérapeutiques. Ils créent aussi des structures nouvelles et des messages nouveaux.

- Le groupe assujetti est en général, de façon formelle totalisé par des malades. Ils paient pour être soignés et s'assujettissent pour recevoir le traitement,

En fait, dans le réel, les choses ne sont pas si simples, car la position princepte nécessite dans un service, de fortes concentrations de Transversalité et des habitudes d'échange par rapport à l'objet malade.

" Dans le colloque singulier, infirmier malade, tout peut être retransmis ou mort dès que le message est apparu (1) ".

C'est cette structure, opposée à l'abandon anarchique, et au plombage hiérarchique que nous avons cherché à mettre en lumière, ici, dans son fonctionnement.

Il est clair que la malade y a trouvé sa place, d'où elle a pu parler sa mort, être entendue, et guérir.

o

9 o

(1) E. SANQUER - (non publié).

- BIBLIOGRAPHIE CONSULTEE -

- 1.- BLANCHOT M. -
Thomas l'obscur.
Gallimard Paris 1950 (24p.)
- 2.- BAYET A. -
Le suicide et la morale.
Alcan Paris 1922 (823p.)
- 3.- BLONDEL C. -
Le suicide.
Librairie Universitaire d'Alsace -
Strasbourg 1933 (133p.)
- 4.- CAMUS A. -
Le Mythe de Sisyphe.
Gallimard Paris 1942. (185p.)
- 5.- DAUMEZON G. -
- 6.- DESHAIES G. -
Psychologie du suicide.
P.U.F. Paris 1947 (375p.)
- 7.- DUCHE J. -
Les tentatives de suicide chez l'enfant et
l'adolescent.
Psychiatrie enfant 1964 -p.7-1 (114p.)
- 8.- DELMAS A. -
Psychologie Pathologie du suicide.
Alcan - Paris 1932 (236p.)
- 9.- DURKHEIM E. -
Le suicide - Etude de sociologie.
Alcan Paris 1897 (461p.)

- 10.- ESQUIROL -
Des maladies mentales
Baillière - Paris 1838 (pp. 526-676).
- 11.- EY H. -
Le suicide pathologique.
Etudes psychiatriques (2ème tome).
Etudes N° 14 ches
Desclée et Debrouwer - Paris 1950 (pp.361-378).
- 12.- FALRET J.P - De l'hypochondrie et du suicide (p.519).
- 13.- FREUD S. - Métapsychologie - Deuil et mélancolie.
Traduction Laplanche et Pontalis NRS.
Collection Paris 1968 (pp.147-174).
- 14.- FORMALITES RUSSES
- Théorie de la Littérature
Editions du Seuil - Paris 1966 - (p.307)
- 15.- FREUD S. -
Essais de psychanalyse.
Payot - Paris 1967 (p.277)
- 16.- GANTHERET F.
-
Psychanalyse et institution -
Paris 1970 -
- 17.- GORCEIX et
ZIMBACCA -
Etudes sur le suicide.
Paris MASSON 1968 (p.150).
- 18.- GATTARI -
La Transversalité
Psychophérapie institutionnelle (pp.1-91-109)
- 19.- HAIM A. -
Les suicides d'adolescents -
Payot 1969 (300p.)

- 20.- HALBWACH M. -
Les causes du suicide.
Alcan Paris 1930 (520p.)
- 21.- LACAN J. -
Ecrits
Le Seuil 1966.
L'agressivité en psychanalyse (pp.101-124).
- 22.- LITTRE (PE) -
Dictionnaire de la langue française.
Edition du Cap - Monté-Carlo 1968 (4vol.)
- 23.- MERLOO J. -
Suicide et suicide de masse.
- 24.- NATCH S. -
Le masochisme.
Payot Paris 1967 (p.185)
- 25.- OURY J. -
L'ici et maintenant et la notion de
lien dans la psychothérapie institu-
tionnelle.
Revue de Psychoth. institu. 1 (pp.59-71)
- 26.- QUIDU M. -
Le suicide - Etude clinique - perspectives
préventives.
Editions sociales françaises PARIS 1970 (166p.)
- 27.- ROBERT P. -
Le Robert, dictionnaire alphabétique et analo-
gique de la langue française.
Société du nouveau LITTRE - Paris 1970 (7vol.).

28.- SANQUER E. -

Apport de l'analyse à la sémiologie des
groupes et institutions.

L'information psychiatrique Paris Juin
1970 (pp.603-607).

29.- TOSQUELLES F.

-

Introduction au problème de transfert en
psychothérapie institutionnelle.

Revue de psychothérapie institutionnelle N°1

o

o

•

